

CNW-00-0074a/0075-00 / *see* Editorial 79,300, 300-3
 Kofu-Pool / Centre de Nageage Kofu - Suite 0-1
See also editorial de la presente rubrique page 300, 300-3

Fate Center
Morgan, Robert
and NUNERO

WSP des Monats Februar

020000457

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 9.490/96 de 24 de abril de 2002.

control (100%)

APPENDIX TO

collected from

TOTAL AVERAGE 2000

JAN/2019

15-07-2019

351

358.33

LETA MARTA DA C GIMA
COLONIA 3478 TRES ANDRES
CALLE 3478 TRES ANDRES
CALLE 3478 TRES ANDRES

ROT=5.0000000000000000

Ades:	55331	Ades:	06/07/2019
Anterior:	54000	Anterior:	06-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próximos Leilões:	06-06-2019
Consumo Mensal:	351	Estimado:	05-07-2019
Consumo Totalado:	351	Aprovação:	06-07-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL		

Class/Subclass	Urgency	Message Handler	Ports	Call Sign No.	Radio 13 name
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74

REF ID: A66098 1.1.1.1 235

MILITARE COMANDO			
JUN/19	325	CONSELHO	351 A R\$ 0,920696 =
MAI/19	275	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	323,16
ABR/19	286	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	26,97
MAR/19	253	MULTA POR ATRASO 05/19-00	1,50
FEB/19	262	JUROS POR ATRASO 05/19-00	5,15
JAN/19	267	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,96
DEZ/18	255		1,30
NOV/18	208		
OUT/18	348		
SET/18	352		
TOTAL DE 12 MESES TRIMESTRE:			
14.201 - R\$ 1.600			

REVENUE OF PLAYS IN EVANGELISMO / MESSAGGIO

Nos/Ann
 05/2019

Valor R\$
 130,00

Unico credenciado para a emissão de formulários de
 certificação eletrônica e envio de 25-0-2019. E no momento de
 emissão, o sistema não permite a emissão de mais de 25-0-2019. E no
 momento, não há mais credenciado para emissão de formulários de
 certificação eletrônica.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O SEU VINCIMENTO 1 5 30 15 20 25

SECRET

Despesa	60,30	Despesa de Capital	323,10	235,81
Imposto	122,81	Alíquota ICMS	27,00%	
Despesa com	28,77	Valor do ICMS		87,25
Imposto	10,16	Valor do PIS	1,40%	3,82
Imposto	105,66	Valor do COFINS	6,40%	15,20

CONFIDENTIAL

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
1964	1.00	10.15	10.10	5.00	0.00	10.70	2.00
1965	0.00		0.00			0.00	

[illegible]

ROT: 5.001.30.05.145000

**Specialized
Equipment for
Circus**

cevisa

CONGRASSA SPIRITUAL DO PAÍS
 84, Rua da Liberdade, 7123 - Centro - São Paulo - SP

[illegible]**say cōleq****TOTAL A PAGAR - R\$**

0019712-2

358.33

DEES PATRICK

VENCIMENTO

07/2019

13-07-201

[illegible]

836900K0003 2.58330017000 3 00000000019 @ 71220710000 3

[REDACTED]

53331 00038 DT. EMISSÃO: 06/07/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 53331 NORMAL TOTAL: 350,93 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0001

Recebido em:
17 SET 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

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

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Carlos Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 031310 043 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO NOVARO DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 566 280 723 04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima RAIMUNDO NOVARO DA COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 566 280 723 04, 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:		Número:	Complemento:
<u>RUA COLUMBIA</u>		<u>344</u>	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<u>TROS ANDARES</u>	<u>TERESINA</u>	<u>PI</u>	<u>64016500</u>
E-mail:		Tel.(DDD):	
<u>SSO GERENCIAR@HOTMAIL.COM</u>		<u>86-999054014</u>	

Local e Data: TERESINA 17/09/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Raimundo Novais da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510801

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: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA		Prontuário: 510801
Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	Pai:	
End.Resid.: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/06/1973	Idade: 45a11m8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 99977 8395
Responsável: O MESMO	CNS: 898050068459841	
Profissão: VIGILANTE	Documento: RG: 1510045 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721139	Entrada: 11/05/2019 09:45:20	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação: Recebido em: 17 SET 2019	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO.

RAIO-X REALIZADO

DATA 11/05/2019

Técnico: [Assinatura]

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:
RX PUNHO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	Dr. Felipe Alberto O. Soares Monteiro Médico CRM-PI 7562
------------------------------------	--



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238817

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

204432

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

238817

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

6 - Prontuário: 510801

7-CNS: 898050068459841

8-Nascimento: 03/06/1973

9-Sexo: Masculino

RG: 1510045 - SSPPI

11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA

12-Fone: 86- -

13-Resp: O MESMO

14-Cor: Parda

15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO E.
AO RX, FRATURA FECHADA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGEM

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS
2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

644.351.213-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

11/05/2019

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (EDUARDO)

Consulta Local: 721139

Consulta SUS:

Impressão: 11/05/2019 10:28:09



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUP

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Carminha Nogueira da Costa

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP. LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

10/05/19

#1x rádio duplex

1 Dieta livre

2 SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS

5 Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h

6 Plasil 01 amp + AD EV 8/8h SN

7 CCGG + SSV

8

9

Dr. Felipe Almeida
Médico
CRM 1717562

12/12 08/12 20/12 24/12
12/12 08/12 20/12 24/12
12/12 08/12 20/12 24/12
12/12 08/12 20/12 24/12

Carminha Nogueira da Costa (12/05/19)

Dr. Felipe Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1717562



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Raimundo Norato da Costa

Diagnóstico pré-operatório

ft punto (E)

Operação - Tipo

12-AP1 ft punto (E)

Cirurgião

Dr. Hugo / an

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dra. Apocenna Rocha

Anestesia

Anestésico(a)

Anestesiologista
CRM 572639

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0.005 m

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

φ

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. DDIH pela anestesia
2. Preparo Habi-won
3. Acesso ao punto (E) v.2.2
4. Redução aberta
5. Fixação com placa + parafusos
6. Suturas
7. Curativo

Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
A 3638 TEOT 12572



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

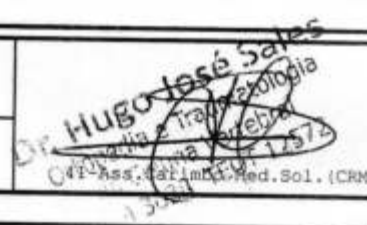
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238817

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA	6 - Prontuário: 510801		
7-CNS: 898050068459841	8-Nascimento: 03/06/1973	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	12-Fone: 86-		
13-Resp: O MESMO	14-Fone: 86-		
15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição: 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Hugo José Sales Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 12/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 644.351.213-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fr. 1/3 distal do radio (E)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) (RONALDO ROCHA)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 238817
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA	6 - Prontuário: 510801		
7-CNS: 898050068459841	8-Nascimento: 03/06/1973	9-Sexo: Masculino	RG: 1510045 - SSPPI
11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	12-Fone: 86-		
13-Resp: O MESMO	14-Cor: Parda		
15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO E. AO RX, FRATURA FECHADA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO			
21 - Condições que justificam a internação: NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGEM			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEROALCO	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 644.351.213-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	34-Data Solicitação: 11/05/2019	35-Ass. embo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (EDUARDO) Consulta Local: 721139



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Raimundo Renato de Leste

Sala:

Alergia:

Data:

12/05/19

Procedimento:

Osteomíte pé direito

Cirurgião:

Hugo

Observações:

Agentes		Unidade	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	O ₂													
2	MIDAZOLAM	5mg												
3	CEFRAMINA	20%												
4	PROPOFOL	100%												
5	FENTANIL	100µg												
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
Oxigênio		6L/h												
AR/N ₂ O														
Volatil		%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MYD
Cat. Venoso n° 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT n°
☐ LMA n°

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: Dorsal

SPO ₂ (%)	98	98	98	98	98	
ETCO ₂ (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

1. MONITORIZAÇÃO
+ RESERVA DE VENTILADOR
MYD 20S.
2. BLOQ. PLEXO AXILAR
GUARDO R/S SÍMULOS PLEXO

1. COM INJEÇÃO DE
LIDOCAÍNA 1% 20ml
+ ROPIVACAÍNA 0,5% 20ml
2. CEFRAMINA 2g
DEFRAMINOL 100ml

3. MIDAZOLAM 5,0. @
PROPOFOL 200. @
FENTANIL 200. @

Dra. Apolonia Rocha
Anestesiologista
CRM 52676/PA



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Localidade: Hospital da Primavera

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do exame: 06/06/2019

Id Paciente: PRIM51955

Data do laudo: 28-06-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Controle evolutivo pós-cirúrgico de osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Osteopenia.

Fratura prévia do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE UNEL/APALDO
Rua Magalhães Filho, nº 15 - Jd. Novo
CEP: 84061-550
Teresina - PI

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - DO PROFISSIONAL

4 - NOME DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - SEXO
Masc. ☐ Femi. ☐

14 - RACIA DO

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - EFICÁCIA

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Pris. e fraturas de náris distal com encurtamento
de 1,5 cm de 10 cm

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DE SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

30 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Raymundo Costa Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2256

CPF: 463.297.653-91

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - UF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - COD. ORGÃO EMISSOR

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do exame: 02/09/2019

Id Paciente: LA423010

Data do laudo: 06-09-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Controle.

Fixação Ortopédica com placa e parafusos metálicos no rádio distal.

Avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Redução difusa da densidade óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Dra. Nayra Virgínia
Médica Radiologista
CRM-PI: 3326

RAIMUNDO, NONATO DA COSTA
046Y M LA423010
Nasc: 03/06/1973
PUNHO, FRN
UP EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR

DE TERESINA
02/09/2019
15:03:01

RAIMUNDO, NONATO DA COSTA
046Y M LA423010
Nasc: 03/06/1973
PUNHO, LAT
UP EXM
Im: 2 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
02/09/2019
15:03:01



E



E

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CARTERA DE IDENTIDADE




Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1510045

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/2019

NOME RAIMUNDO NONATO DA COSTA

PAI NEUZA ALVES DA COSTA

MAT. TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1973

CERT. CASAMENTO 23015 L 62 F 4

EXP. TERESINA - PI 26/09/2007

566.280.723-04

Francisco das Chagas Pinheiro Moura

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.350/83

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

011310073-60



Para Paulo Roberto

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Registro Geral 026974362003-2 DATA DE EMISSÃO 19/01/2019

NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA

PAPELÃO
LOIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE
OLIVEIRA CUNHA

DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985

LOCAL DE NASCIMENTO

SAO LUIS - MA

DOC. ORIGINAL

NASC. N. 89619 FLS. 172 LIV. 80

CPF 011310073-60

SAO LUIS - MA

ASSISTENTE DO TITULAR

LEIN 7116 DE 200580

VIA-02

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



COMPROVANTE DE COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA DE VENDA DE VEÍCULOS

DUT ELETRÔNICO

PROTOCOLO Nº 260077

RECONHECIDO POR: 3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TERESINA

INFORMAÇÕES DO REGISTRO

CHAVE DE VALIDAÇÃO:	C388C2BEF1
PLACA:	LVW0285
CRV:	012974842611
MARCA/MODELO:	HONDA/C100 BIZ
COR:	PRETO
DATA DA VENDA:	01/07/2019
DATA DO REC DE FIRMA DO VENDEDOR:	01/07/2019
DATA DO PROTOCOLO:	04/07/2019
SELO REC FIRMA DO VENDEDOR:	AAE14285-2EXB
SELO REC FIRMA DO COMPRADOR:	AAD30688-B9R1
CODIGO DO PROTOCOLO:	260077

INFORMAÇÕES DO COMPRADOR

COMPRADOR:	RAIMUNDO NONATO DA COSTA
CPF ou CNPJ:	566.280.723-04
ENDEREÇO:	RUA CARROCEL, QUADRA 04, CASA
COMPLEMENTO:	PRO BRASIL
NÚMERO:	0
BAIRRO:	STA MARIA DA CODIPI
UF:	PI
CEP:	64000000
MUNICÍPIO:	TERESINA

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Coronel Regadas, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3213-3100 - E-mail: cartorio3@teresianapi.com.br
Notário: Camilla Gonçalves de Sampaio Pereira

(86) DUT ELETRÔNICO - COMUNICAÇÃO DE VENDA ELETRÔNICA. LEI 6.920/2016. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 04/07/2019. Selo: AAD57257-KKVU
www.tjpi.jus.br/portalextra

Camilla Araujo Assunção
CAMILA ARAUJO ASSUNÇÃO-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 34,09 TJ: 6,82 FIMOP/PI: 0,85 Selo: 0,26 Total: 42,02 FOP: 162
DUT

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO TERESINOLDES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Camilla Araujo Assunção
Escritor Autorizada
Teresina PI

OBS.: Acesse www.pi.duteletronico.com.br/consulta informe seu cpf/cnpj e a chave de validação para acompanhar o seu processo.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	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: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	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: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	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: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>RASMUNDO NONATO DA COSTA.</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO.</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO.</u>	
RG: <u>1510045</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPP1</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>04/07/2019.</u>	CPF: <u>56628072304</u>
PROFISSÃO: <u>Recuso</u>	ENDEREÇO: <u>QUADRA 04</u>		
Nº: <u>13</u>	BAIRRO: <u>PARQUE BRASIL</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64012-285</u>	

OUTORGADO: <u>LUIS CARLOS CUNHA LIMA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>		
Nº: <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64016-570</u>	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: RASMUNDO NONATO DA COSTA
 CPF: 566280723-04 DATA DO ACIDENTE 11/05/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS ☐ MORTE
 Local/Data: TERESINA 09/09/2019.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Rasmundo Nonato da Costa
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

COSTA, DOU. FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/09/2019. www.tjpi.jus.br/portalestra Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA Encl: 3,85 TJ:0,77 FNNP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:53

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTA O SELO
 DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322032/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CPF: 566.280.723-04

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 11/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

RAIMUNDO NONATO DA COSTA : 566.280.723-04

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: 17/09/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190536352

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 0000029

Conta: 0000015941-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190536352

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

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:
566.280.723-04 RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NONATO DA COSTA 6 - CPF: 566.280.723-04
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA CARROCEL 9 - Número: 10 - Complemento: QUADRA - 04
11 - Bairro: PARQUE BRASIL I 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 640-122-85
15 - E-mail: NÃO HÁ 16 - Tel.(DDD): (086) 9910-8640

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: 0029 CONTA: 00015941 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 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) ☐ 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 (vol nascor)? ☐ 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

17/08/2019 HORA: 09:48:12
DATA EFETIVACAO: 19/08
CONVENIO: 000627585
OPERADOR: ciane

AGENCIA: 0029
CONTA: 013 00015941-7
NOME: RAIMUNDO NONATO DA CO

VALOR:

COD. OPERACAO: 018074528

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, /
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRÉTORA DE
SEGUROS

Ativo 24/08/2019
Valor 18:10
242028801.7019
Data 08/10/2019
Vº Theodoro de Aguiar



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002546/2019-81

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 08/07/2019 - 08:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENARIO C/ RUA GONÇALVES LEDO, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/05/2019 - 08:40

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

POINT DA PICANHA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

RG: 1510045 PI

Mãe: NEUSA ALVES DA COSTA

Endereço: RUA CARROSSEL, QD-04, CS-13, PQ. BRASIL I, Nº

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/C100 BIZ, PLACA LVW-0285-PI, COR PRETA, RENAVAM 00804855650, PROP. DE MAX COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA, E QUE TRAFEGAVA PELA AV. CENTENARIO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA RUA GONÇALVES LEDO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 510801). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

RAIMUNDO NONATO DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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:
566.280.723-04 RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NONATO DA COSTA 6 - CPF: 566.280.723-04
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA CARROCEL 9 - Número: 13 10 - Complemento: QUADRA - D4
11 - Bairro: PARQUE BRASIL I 12 - Cidade: TERESINHA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 640-122-85
15 - E-mail: NÃO HÁ 16 - Tel.(DDD): (086) 9910-8640

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: 0029 CONTA: 00015941 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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) ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

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 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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
	17:45	11/10/2019	2898	09:05	09:12
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
	09:24	09:14:3			
	10 Endereço	Av. Centenário e Gonçalves Léo			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Barro Preto	Ita			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	Painel da piraúba			
	14 Nome	Raimundo nonato da costa			
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	45 03/06/1973	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	
	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso		28 Sangramento	
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não	
	29 Escala de Dor de 0 a 10	30 Fratura			
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada	
	1 - Sim 2 - Não	HUT		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	
	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar			
Paciente colado moto com contusões suspeitas de fratura em punho m.s.-E. consciente orientado deambulando. Recebido em: 17 SET 2019 MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS					

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Conductor

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000015941-7

Nr. da Autenticação 71FFD09CE3169749

TC 1.38
281.90027095941

MATRICULA

25654977-0

FATURA Nº

1569013

MÊS / ANO

8/2019

NOME / ENDEREÇO

MORADOR RAIMUNDO NONATO DA COSTA

PAR BRASIL, Q-004-CASA-013-PARQUE BRASIL-TERESINA-PI-cep:64012285

LOCALIZAÇÃO

018-00033-007095

GRUPO

018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y19S077852

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	Lido	04	10
06/2019	Lido	16	16
05/2019	Lido	00	10
04/2019	Lido	00	10
03/2019	Lido	00	10
02/2019	Lido	00	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA

ANTERIOR 25/07/2019 4

ATUAL 27/08/2019 10

CONSUMO MÊS-03

10

L.R. 12,7410019

PIS/PASEP 05,72x1,60% = 1,00

COPIS 05,72x7,60% = 4,35

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)
0	18 0,0040 00
10	25 5,7120 20
20	999999 9,8610 00

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
JUROS DE FINANC. PARCELAMEN	003/036	9,28
JUROS DE PARCELAMENTO	003/036	1,76
MULTA DO PARCELAMENTO	003/036	0,28
PARCELAMENTO	003/036	23,75

VENCIMENTO

08/09/2019

TOTAL A PAGAR

65,73

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

mensagem

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.456/07, Art. 40, inciso I e IV, e 11.723, Art. 1º, inciso I.

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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	1027	1025	2	Ausencia	Ausente
	1027	1027	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019

HORA DA EMISSÃO: 09:59

TC 1.38

281.90027095941

MATRICULA

25654977-0

FATURA Nº

1569013

MÊS / ANO

8/2019

VENCIMENTO

08/09/2019

VALOR A PAGAR

65,73

82600000000-8 65731535000-6 00201900156-5 90130100504-6



Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS