



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Idade	16 Sexo			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança		23 Glasgow =		
Exame Físico	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
	26 Pupilas		27 Pulso		
Assistência	28 Sangramento		29 Dor		
	30 Fratura		31 Procedimentos realizados		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	34 Óbito		35 Observações Interdisciplinares		

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

Assinatura - Professional Medical

COMPRANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.746/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.763-9
Rua Manoel de Araújo, 100 - Fátima - Teresina - PI
Registre-se eletronicamente na imprensa autorizada pela SEFAP 06-04

023662931

A Tercia Social de Energia Elétrica - TSE é financiada pela Lei nº 10.438 de 26 de maio de 2002.

JUNHO/2019

02/07/2019

455

TOTAL A PAGAR (R\$) 460.77

LUIS JOSE DOS SANTOS
R. CHILON CORDEIRO 2416 2370 PRIMAVERA
CPF: 00002558947320

CEP 64:000-000 - TERESINA

Abstract

Alcun:	33572	Alcun:	25/06/2019
Anjejar:	33117	Anjejar:	24/05/2019
Canseme de Moltiplicao:	1,000	Primeira Leccia:	25/07/2019
Consumo Medico:	455	Emisso:	24/06/2019
Consumo Reforao:	455	Apresentao:	25/06/2019
Forma de Raturamento:	455	Das de Consumo:	25/06/2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						32
Classe/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Fec	Mês e Tr. Manual	

RESIDENCIAL MONO A1420374 1.1.1.1 444

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

MAI/19	404	CONSUMO	455 A R\$ 0,918442 =	417,89
ABR/19	353	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		33,71
MAR/19	385	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,80
FEV/19	401	MULTA POR ATRASO 05/19-00		7,50
JAN/19	395	JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,87
DEZ/18	392	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,98	
NOV/18	623			
OUT/18	549			
SET/18	494			
AGO/18	499			

TARIFA 32% TRIBUTOS:
R A 455 - 0.617437

*****REVISOR DE VENCIMIENTO MESSAGE*****

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25.
Parabens! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPUESTOS/TRIBUTOS: 75

[illegible]



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.380-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEI/CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:		20350	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:		205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:		205	Apresentação:	25/06/2019
Forma de Faturamento: NORMAL		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 196

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	205 A R\$ 0,918442 = 188,28
MAI/19 204	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	15,19
ABR/19 178	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,81
MAR/19 243	MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,79
FEV/19 297	JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,88
JAN/19 365	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,44
DEZ/18 57		
NOV/18 0		
OUT/18 96		
SET/18 299		
AGO/18 232		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 205 - 0,617457

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28 137,44
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	6,40% 8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICD
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Útilidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Segurança	0,00			0,00			0,00	
Confiabilidade	TERESINA-MACAUBA			Período de observação: 04/2019			Erro: 62,87	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Pablo Danilo Coutinho Mendes
1515632

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.047.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/17

NOME PABLO DANILO COUTINHO MENDES

FILIAÇÃO ELZA LINA COUTINHO MENDES
DANIEL ALVES MENDES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 12/05/1991

DOC. ORIGEM MATRICULA: CERT.NASC.
14806401551991100222178019013901

EXP TERESINA-PI 15/04/10

024.975.533-51

ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 61/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

1 - Escolha o tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.975.533-54 4 - Nome completo da vítima: Pablo Danilo Coutinho Mendes

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

5 - Nome completo: Pablo Danilo Coutinho Mendes 6 - CPF: 024.975.533-54
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Chilon Lordeiro 9 - Número: 2370 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 61600-000
15 - E-mail: eduardonseguinos2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 3828 CONTA: 22333 8
(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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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 - PE 15/10/11

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588424

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PABLO DANILO COUTINHO MENDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 0000022333-8

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588424

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PABLO DANILO COUTINHO MENDES

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



1 - Escolha o tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.975.533-51 4 - Nome completo da vítima: Pablo Danilo Coutinho Mendes

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

5 - Nome completo: Pablo Danilo Coutinho Mendes 6 - CPF: 024.975.533-51

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Chilon Lordeiro 9 - Número: 2370 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 61000-000

15 - E-mail: eduardosilveira2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22333 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprescindível para quem assina a rogo/a pedido
 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 - PE 15/10/11

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 15/10/2019 HORA: 14:09:42
TERMINAL: 20041011 CONTROLE: 200410110318

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3828 013.00022333-8
NOME: PABLO DANILO COUTINHO MENDES
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: XXXXXXXXXX

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 171361253

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003733/2019-82

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

Data/Hora: 27/09/2019 - 15:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

554088

Data/Hora

06/11/2017 - 11:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

BUENOS AIRES

Endereço

AV. ALVES NORONHA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 5047019

Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES

Endereço: RUA CHILON, Nº 2370

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9976-5675

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTO 125, ANO 2012/13, PROPRIETÁRIO FERNANDO ITALO DA SILVA MELO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA NA PISTA DA DIREITA, QUANDO PASSOU PARA A ESQUERDA, UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO TAMBÉM PASSOU, QUANDO O MESMO VOLTOU PARA A DIREITA, O VEICULO VOLTOU TAMBÉM, ONDE HOVE A COLISÃO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 107564. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Delegado Geral de Polícia

Pablo Danilo Coutinho Mendes

PABLO DANILO COUTINHO MENDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000022333-8

Nr. da Autenticação 97B44F9BB806EAEF

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, Fernando Italo da Silva Melo

RG nº 3479657, data de expedição 19/09/2017

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 048.280.513-76

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Mestre Antonio Manoel, nº 646

complemento Parranera, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

X Pablo Danilo Coutinho Mendes, cujo o condutor era

+ Pablo Danilo Coutinho Mendes.

Veículo: motocicleta Modelo: Yamaha/Factor ^{V.B.R.} 125 Ano: 2012

Placa: NIV 4464 Chassi: 9CGKE1520J0133203

Data do Acidente: 06/11/2017

Local e Data: Teresina piaui 19/08/19

Fernando Italo de Silva Melo

Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Cartório Themistocles Sampaio
Rua Lacerda Regatta, 1023 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-9159 - E-mail: assessoria@cartoriopiaui.com.br
Título: Cartório Themistocles Sampaio

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FERNANDO ITALO DA SILVA MELO, DOU FE EM TEST. Fernando DA VERDADE. Teresina-PI, 19/08/2019. Selo: AAN59328-QCHT
www.tjpi.jus.br/portalextra

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FNMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 479
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritora Autorizada
Teresina - PI

CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

CPF: 024.975.533-51

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PABLO DANILO
COUTINHO MENDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

PABLO DANILO COUTINHO MENDES : 024.975.533-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Exame Físico	23 Glasgow = 4/5	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sanguinamento	29 Dor	
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar		

colisão moto/carro Paciente consciente, orientado, físico, eupneico, acianótico, condutor, com capacete, não alcoolizado Relata dor com restrição de movimentos em MII

Responsável pela recepção: Lucas Socorristas Médico: Sheila Enfermeiro: P. Silva



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE:

Pablo Darci Galvão Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

107 764

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REQUERER CÓPIAS NECESSÁRIAS
E REPRODUÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTO 7 e 7.37A

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/11/2017 12:41

DADOS DO PACIENTE:

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES		Prontuário: 10756
Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES	Pai: DANIEL ALVES MENDES	
End. Resid.: RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/05/1991	Idade: 26a:6m:25d	Sexo: Masculino Fone: 86-33050-052
Responsável: FRANCISCA	CNS: 701009822956293	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 024.975.533-51	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 634910	Data: 06/11/2017 12:32:15	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: NÃO	Acid. Trajeto: NÃO	Acid. Trab. Típico: NÃO
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NEDA DESMAIO NO LOCAL, REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NGA LAERGIA MEDICAMENTOSA.			Profissional Clas. Risco: LIANA ALVES LACALVES COREN - 142263 Em: 06/11/2017 13:47:40

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Vit ar admit mot - como há 1h, com trauma
artit e perna ②. SI QUEIM
① Exame, vit ar na ot. lesões 51 den. Roto o co
② m ② bial finto Polypa firo de
③ Pile cho sitopano. Abdom e pelu mud.
④ 51 dilt mto. GSC=15
⑤ Puro ② iuvilizada. u hi firo
PA 13 x 8 mmHg Pulso: 74 FC: ____

Diagnóstico inicial:

Fratura?

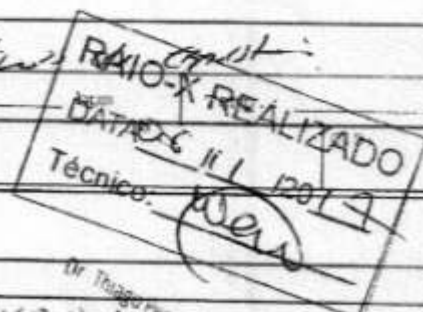
CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Re m m i ②
- 2) Ortop
- 3) ST 0,8% 50 cc e ag
- 4) Sital 20g + m e ag
- 5) Dexam 2mg + m e ag

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____



Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408050500 15222

Procedimento

CID

Francisca Lina Coutinho
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional: Liana
Médica: 53504
SAMU-HUT
Conferir com o médico

Dr. João Vitor de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054
Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 06/11/2017 12:41:31

(LIANA ALVES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES		Prontuário: 107564
Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES		Pai: DANIEL ALVES MENDES
End. Resid.: RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI CEP: 64000 010		
Nascimento: 12/05/1991	Idade: 26a:6m:25d	Sexo: Masculino Fone: 86-33050-052
Responsável: FRANCISCA		CNS: 701009822956293
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 024.975.533-51
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 634910	Data: 06/11/2017 12:32:15	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/12

NOME DO PACIENTE: <u>Isabela Paula Leal de Menezes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>102564</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fechadura / lesão</u>	CIRURGIA: <u>limpeza + fechadura</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos da Oliveira Neto</u> Médico Ortopedista CRM-PI 3054	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Yanna</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	250ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 30	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepim → 02 UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escuras → 03 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cateter O2 → 01 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>fi - coren 05/12/12</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Rafael David Cavalcante Mendes		
Diagnóstico pré-operatório	fratura exposta tíbia D - Grosseira		
Operação - Tipo	LNC + fixação + placa + parafusos		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PA 3054	1º Assistente	
2º Assistente	CRMA-PA 3054	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Ediane	Anestesista	Ma Yanna
Anestésico(a)		Anestesia	Raque
data da Operação	06/11/17	Início	
Diagnóstico Pós-operatório	E. limbo		
Relatório Imediato do Patologista	S		
Acidente Durante a Operação	S		

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

Paciente sob anest. - Cirurgia e Centro cirúrgico
- Curativo fechado - LNC o 1844 PPT
- Redução - fixação + placa def. parafusos
- Redução - Limbo - LNC
- fecho - Curativo

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PA 3054

Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Patologista
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Cirurgião

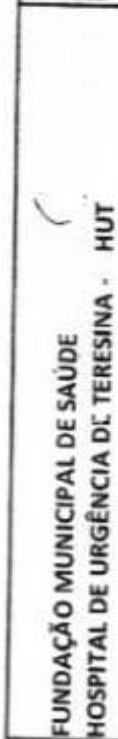
FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
Pai-Lo comê cadência menor		HUT						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
02.11.12	120 x 90	92			54			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATORIO		ELETROCARDIOGRAMA						
SISTEMA RESPIRATORIO		ASMA						
SISTEMA DIGESTIVO		BRONQUITE						
ESTADO MENTAL		SISTEMA URINÁRIO		CORTICOIDES		OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO		ATARAXICOS		FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES/DOSES)		APLICADO AS		EFEITOS				
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES						
OXIGÊNIO		1. 100% O2						
1		2. 100% O2						
2		3. 100% O2						
3		4. 100% O2						
LIQUIDOS		5. 100% O2						
SO-LUTO 500		6. 100% O2						
SANGUE 300		7. 100% O2						
OUTROS 100		8. 100% O2						
TEMPERATURA		SEQUÊNCIA						
C°		1. 100% O2						
38		2. 100% O2						
P. ARTERIAL		3. 100% O2						
PULSO		4. 100% O2						
INÍCIO FIM ANESTESIA		5. 100% O2						
INÍCIO FIM OPERAÇÃO		6. 100% O2						
RESPIRAÇÃO		7. 100% O2						
SÍMBOLOS		8. 100% O2						
TÉCNICAS		9. 100% O2						
OPERAÇÕES		10. 100% O2						
CIRURGIÃO		11. 100% O2						
ANESTESISTAS		12. 100% O2						
PARTICULARIDADES		13. 100% O2						
		14. 100% O2						
		15. 100% O2						
		16. 100% O2						
		17. 100% O2						
		18. 100% O2						
		19. 100% O2						
		20. 100% O2						
		21. 100% O2						
		22. 100% O2						
		23. 100% O2						
		24. 100% O2						
		25. 100% O2						
		26. 100% O2						
		27. 100% O2						
		28. 100% O2						
		29. 100% O2						
		30. 100% O2						
		31. 100% O2						
		32. 100% O2						
		33. 100% O2						
		34. 100% O2						
		35. 100% O2						
		36. 100% O2						
		37. 100% O2						
		38. 100% O2						
		39. 100% O2						
		40. 100% O2						
		41. 100% O2						
		42. 100% O2						
		43. 100% O2						
		44. 100% O2						
		45. 100% O2						
		46. 100% O2						
		47. 100% O2						
		48. 100% O2						
		49. 100% O2						
		50. 100% O2						
		51. 100% O2						
		52. 100% O2						
		53. 100% O2						
		54. 100% O2						
		55. 100% O2						
		56. 100% O2						
		57. 100% O2						
		58. 100% O2						
		59. 100% O2						
		60. 100% O2						
		61. 100% O2						
		62. 100% O2						
		63. 100% O2						
		64. 100% O2						
		65. 100% O2						
		66. 100% O2						
		67. 100% O2						
		68. 100% O2						
		69. 100% O2						
		70. 100% O2						
		71. 100% O2						
		72. 100% O2						
		73. 100% O2						
		74. 100% O2						
		75. 100% O2						
		76. 100% O2						
		77. 100% O2						
		78. 100% O2						
		79. 100% O2						
		80. 100% O2						
		81. 100% O2						
		82. 100% O2						
		83. 100% O2						
		84. 100% O2						
		85. 100% O2						
		86. 100% O2						
		87. 100% O2						
		88. 100% O2						
		89. 100% O2						
		90. 100% O2						
		91. 100% O2						
		92. 100% O2						
		93. 100% O2						
		94. 100% O2						
		95. 100% O2						
		96. 100% O2						
		97. 100% O2						
		98. 100% O2						
		99. 100% O2						
		100. 100% O2						

Dr. Yanna Nunes
Anestesiologista
CRM-PI 5035
Matrícula: 6604
Sócio-HUT
Condição: em Origem

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATAS
acordado, sem vômito, orientado
humor estável



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Agreement

[illegible]

Dr. Caio Paz de Oliveira Neto
Médico Especialista
CRM-SP 3054



RECEITUÁRIO

Nome: **PABLO DANILO COUTINHO MENDES**

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar **consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lincoln Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por:

Dr. CAIO

Teresina, ###

Dr. Pablo Danilo Coutinho Mendes
Ortopedista CRM
Curitiba

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

ICMAYNES
Rua: Augusto de F. Gomes, 2992 - Fátima
Fone: (41) 3023-4977
Internet: www.icmaynes.com.br

Nº **5488**

Data de Emissão **07/11/10**

Paciente: **Pablo Danilo Coutinho Mendes**
Rua: **CAIXINHA CONDOR N: 2371**
CPF: **02491533301**

Quantidade	Medicamento	Valor Unit.	Valor Total
28 comp	Cefalexina 500mg	22,30	621,5
01cx	Xefo 8mg	24,0	24,0
TOTAL			645,5

Valor unit. e valor total

VALOR TOTAL IVA NOTA FISC

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico: **Pablo Danilo Coutinho Mendes**
Endereço: Rua Augusto de F. Gomes, 2992 - Fátima - Curitiba - PR - CEP: 81220-000 - Fone: (41) 3023-4977
CNPJ: 06.903.000/0001-00 - C.A.T.: 00013026 - Autorização: 132863040276 - 20.106 - SCS
R. Brasil 2562 do 5101 a 5800 - do 21760010 - C.T. Acordo: 0000 - Internet: www.icmaynes.com.br - Vot: 03.0000 - 000000000000

UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DA PRIMAVERA

LAUDO DE RADIOLOGIA


ID: 195002741790
Data: 18 / 12 / 2017
Paciente: Pablo Danilo Coutinho Mendes
Sexo: () F (x) M Telefone:
Nascimento: 12.05.1991
Exame: Radiografia da perna direita em 2-inc:
Médico solicitante: Fernando Hidd
Código: 0204060168

Radiografia da perna direita em 2inc:

Avaliação radiológica pós-operatória de fratura completa, alinhada, mediana, da tíbia direita.

Presença de placa e de parafusos metálicos para correção da fratura.

Impressão diagnóstica: fratura óssea. Controle pós-operatório.
À critério clínico radiografa o tornozelo direito.


Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro

Médico radiologista CRM 805 PI



D

PABLO DANILO COUTINHO MENDES
DN: 12/05/1991 025Y

HOSPITAL DA PRIMAVERA

DATA: 13/12/2017 14:26
ID: 195002741790

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588424 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Pablo Danilo Coutinho Mendes			
RG: 5.047.089	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 14/11/17	
CPF: 024.975.533-51	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Autônomo	
ENDEREÇO: R. Chilon Cordino			Nº: 2370
COMPLEMENTO: Casa		BAIRRO: Primavera	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelly Roze Soares Marques			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/17	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Reclusa	
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro			Nº: 544
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Pablo Danilo Coutinho Mendes

Data do acidente de trânsito: 06/11/2017

Cobertura da vítima: Invalidez



LOCAL / DATA: Teresina Piauí 19/08/19.

Pablo Danilo Coutinho Mendes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

<small>Cartório Themistocles Sampaio Escritório de Notas</small>	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS <small>Rua Luciano Nogueira, 1323 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4158 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br Titular: Anistolia Gonçalves de Sampaio Pereira</small>
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PABLO DANILO COUTINHO MENDES. DOU FE. EM TEST. <u>Sim</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 19/08/2019. Selo: AAN59330-GHM5 <u>Teresina</u> www.tjpi.jus.br/portalexta	
Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritoriente Autorizada Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:479 PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT	

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritoriente Autorizada
Teresina - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

CPF: 024.975.533-51

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2017

Titular do CPF: PABLO DANILO
COUTINHO MENDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

PABLO DANILO COUTINHO MENDES : 024.975.533-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588424 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.380-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEI/CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação:	25/06/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fat.
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28
MAI/19 204	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19
ABR/19 178	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81
MAR/19 243	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79
FEV/19 297	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88
JAN/19 365	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
DEZ/18 57	
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 205 - 0,617457

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Útilidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Resistência	0,00			0,00			0,00	
Confiabilidade	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	04/2019
							Erro:	62,87

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rêge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pablo Danilo Coutinho Mendes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 024.975.533/54 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Pablo Danilo Coutinho Mendes inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.975.533/51, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Salu</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 15 de Outubro de 2019
Local e Data

Nelle Rêge Soares Marques
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Pablo Danilo Coutinho Mendes
1515632

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.047.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/17

NOME
PABLO DANILO COUTINHO MENDES

FILIAÇÃO
ELZA LINA COUTINHO MENDES
DANIEL ALVES MENDES

NATURALIDADE
TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 12/05/1991

DOC. ORIGEM MATRICULA: CERT.NASC.
14806401551991100222178019013901

EXP TERESINA-PI 15/04/10

024.975.533-51

ASSINATURA DO DIRETOR

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