

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CEP: 27157-67000-006 - Lote 19500-000
Av. Prof. Camilo Elho, 1960, Edifício Santa - CEP 64004-040, Teresina - PI
Telefone: (86) 323 2000 ou 3157 / (86) 98124-5199

TC 1.39
20190302165634 13428373-2 FATURA Nº 152754637
Mês/Ano: 9/2019

NOSSO ENDERÉCOS

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N13S124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES / ANO	TIPO	LEITURA	DATA
00-2019	Lida	91	01/01/2019
01-2019	Lida	91	01/02/2019
02-2019	Lida	92	01/03/2019
03-2019	Lida	93	01/04/2019
04-2019	Lida	96	01/05/2019
05-2019	Lida	92	01/06/2019

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (m³/mês)	VALOR
0 a 18	3,0668	0,68
18 a 25	5,7120	0,68
25 a 99	9,8510	0,68

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO (m³/mês)

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁQUA - 30,66	VALOR
> Residencial-Normal	10,0 m³	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m³	24,53
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,55
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,27
JUROS POR ATRASO	08/2019	0,62
MULTA POR ATRASO	07/2019	1,03
MULTA POR ATRASO	07/2019	0,56
MULTA POR ATRASO	08/2019	1,18

VENCIMENTO

14/09/2019

TOTAL A PAGAR

58,66

PROBLEMAS / ANOMALIAS

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

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 redamações 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 DCDRRENCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marina Vital de Brum

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 590071253 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniel Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048 71 4523 / 28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Nascimento Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048 71 4523 / 28, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u>
E-mail:				Tel. (DDD): <u>(86) 9 8848-6923</u>

Local e Data: Teresina, 13/10/2019

Marina Vital de Brum

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **26/12/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Daniel Nascimento Silva**, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina – HUT.

Ressalvamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha, registrando o nome Daniel Nascimento ao invés de Daniel Nascimento Silva.

Teresina, 25 de Fevereiro de 2019.



Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU



Rua Coronel Lula Ferraz, 3390. Bairro Macaíba,
Teresina-PI. CEP 64016-056
CNPJ 17.577.205/0018-70



86 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3817	02 Data do chamado 26/12/18	03 PRO (código) 0703	04 Saída do PA 13:41	05 Chegada ao local 13:55				
Local da Ocorrência	06 Saída do local 11:06	07 Chegada ao 1º hospital 11:18	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital					
Dados do Paciente	10 Endereço BR 343	11 Bairro Ladeira do Uruguaí	12 Município/UF 7/ce	Código IBGE					
	13 Ponto de referência Max Supermercado								
	14 Nome Daniel Nascimento	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado							
	16 Idade 25 - 10	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 3- Ignorado					
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 01				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança					
Exame Físico	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais P脉 73 Resp. PA TAX. Sat02 97					
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Lige 3 Moderada 7 Intensa 10					
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	32 Hospital de Destino HUT	Glicose Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glucose Acesso Venoso Medicamentos a) <i>Mariu Veloso Cantanhede</i> b) <i>Gerente Administrativa SAMU</i>				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não		Antes do socorro Antes de transporte Durante o transporte					
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente colidiu com oyo moto, contusões, com lesão óssea, deve ser tratado necessidade de coartação, não há risco de fratura, paciente permanece consciente no pé direito.</p>								
	Dr. Mauro André Gonçalves CRM-F/PI 11.000 Responsável pela recepção	Socorristas Médico AETE	Dafne Lindolva	Enfermeiro Condutor	Elainy Gisso				



NOME DO PACIENTE: Daniel Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 448 130

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".



DECLARAÇÃO

PROCESSO:045.06672/2019

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 26/12/2018 do (a) paciente DANIEL NASCIMENTO SILVA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome: onde consta DANIEL NASCIMENTO para DANIEL NASCIMENTO SILVA

2-End.Resid: onde consta NAO INFORMADO – MUNIC. DE TERESINA – TERESINA – PI para QUADRA H, 25, BAIRRO: PARQUE FIRMINO FILHO- TERESINA – PI.

3-Mãe: onde consta NÃO INFORMADO para RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

4-Pai: onde consta NÃO INFORMADO para DAMIÃO MENDES DA SILVA

5-Nascimento: onde consta 01/01/1993 para 25/09/1991

Teresina, 11 de março de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131

Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT



NHE
26/12/18

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DANIEL NASCIMENTO		Prontuário: 498130
Mãe: NAO INFORMADO	Pai:	
End. Resid.: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 01/01/1993	Idade: 25a11m25d	Sexo: Masculino Fone: 86-99976-0073
Responsável: NAIDES	CNS:	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700058	Entrada: 26/12/2018 14:20:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Objetivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² P脉: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NÁ 0:40 MINUTOS, AGITADO, PREJUDICANDO O EXAME FÍSICO ISINAIOS DE INGESTÃO ALCOOLÍCA, NÃO COOPERATIVO. SE SINAIS DE EPISTAXE, OTORRAGIA, VÓMITOS.

a) VIAS AEREAIS PERFEAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

b) MV + BT, SEM RA.

c) BNP, RR, 2T, SS. TEC<28, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTRVEL

d) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCERICAS.

e) HEMATOMA EM REGIÃO OCCIPITAL

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1125310) - T.C. DE CRANIO

(1125311) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

Prescrição Médica:

DATA: 26/12/2018 14:29
Hs: 21:00
Hs: 21:00

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / / HORA: / : /

Dr. MAURO ALVES GOMES
Clínica Geral / Videoc / CRM-MA 8596

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO DE SOUZA BRITO
CRM: Em: 26/12/2018 14:31:52

#NC 9 26/02/18 (15:30h)

Queda de moto

Costa 14. R clandestina, moto
intramamífera R de col. União Sulina
de tânia de C6 (E) e mama lateral de C7 (D).

Crz/1 - concavos / evam. suspensos
2 - n. se espessos & C. Gem.
3 - nrs se restringem


Dr. Marília Diogo de Oliveira Barbosa
Neurocirurgião
CIMA-PI 3100

Ortopédia

① Colos Quirúrgica (Wide Neck)

C6-C7

② Fixação Exposta Flávia (A)

AO Osteo Clavos ap
abuçoado Clavos e Clavos

Obs. Favute não reproduzida, perdeu a memória

Observação

C. Serr

Os meus dimensões estão em
que - ACT fisiológico. Abdomen endo
Cf: alto do C. Serr

Enio Góes
Neurocirurgião
CIMA-PI 3100

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160119

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	229803

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGNORADO	6 - Prontuário: 498130
7-CNST: _____	8-Nascimento: 01/01/1993
9-Sexo: Masculino	10-Mae: NAO INFORMADO
11-Pai: NAIDES	12-Fone: 86-99976-0073
13-Resp: NAIDES	14-Cor: Sem Informação
15-Endr: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - CEP: 64069-990	16-Cod.18GE: 221100
17-Cod.18GE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em pé D + ferimento em hálux D.

21 - Condições que justificam a internação:

ato cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame físico + rx

5913

23-Diagnóstico Inicial:
(informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01
	31-Docum.: CPF
	32-Doc. Méd. Solici.: 762.451.793-06

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

34-Data Solicitação:

26/12/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-() Acidente Trabalho Típico	38-() Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:
			40-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	160119

48-Documento: () CNIS () CCPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

AUDITOR

Marcondes Martins S. Nogueira
Médico Atendente - FMS - Teresina
CNPJ: 11025395120001

02/01/2019 13:26:21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 164252

AIH: 2218102661544

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IGNORADO		01/01/1990	M	469130
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
		86999760073	NAMORADA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
64000010	AVENIDA MARANHÃO		50		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
CENTRO			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRACTURA EXPOSTA EM PÉ D - FERIMENTO EM HALUX D.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

ATO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CÁSOS ASSOCIADOS
S913 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Q613H0178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	CLAUDIO ALFREDO NOGUEIRA DOS SANTOS	
URGÊNCIA	26/12/2018	CRM: 76245179308	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA	
26/12/2018 14:20	29/12/2018 11:22	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N.º DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBO/N NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	PROFISSIONAL PARECER/CONTROLE AVAIAÇÃO AUDITORIA
CLAUDIO PIRES FERRERIA FILHO CRM: 762451635391	CRM: 76245179308 DATA ANALISE: 02/01/2019 20:31:31

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 26/12/18

NOME DO PACIENTE:	Daniel Nascimento	PRONTUÁRIO N°:	49
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	Frot. epato
ANESTESIA:	Regis	N° DA SALA:	09
CIRURGÃO:	Cláudia	CPF N°:	
AUXILIAR:	Andre	CPF N°:	
ANESTESISTA:	Denise	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Christiane	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA N° 715	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 710	PAR	02	
AGULHA RÁQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							

LEIA-SE
Lembrar de lavar as mãos
Lembrar de lavar as mãos



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Daniel Nogueira
Fratura exposta hâmen (Desenvolvimento)

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

L.M. (Dr. Cláudio Nogueira
CRM-PI-3321 / CRM-MA-9337
Ortopedia / Traumatologia
SBOT 12681 / CRM-MA-9337)

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Euclides

Anestesista

Ragui

Anestesia

Dermise

Anestésico(a)

Data da Operação

26/12/18

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Obs: Rins d'água
Perfuro d'água

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① P.i. - D.D.H sob anest.
- ② Anepus + Antinev. + tampos estér.
- ③ L.M. (alumínio) 3F0,9t.
- ④ Olhouro d'envolvimento d' hâmen
introm. componencial
- ⑤ Sutur + Curat

Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia
CRM-PI-3321 / CRM-MA-9337
SBOT 12681 / CRM-MA-9337

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>Canil Nascimento</i>						
DATA: <i>26-12-18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>PSA 1 Nega alergias</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	17:50			18:30	
		1	2	3		
LÍQUIDOS	SO-UTO	500	18:30			
	SANGUE	400				
TEMPERATURA T	C°	260	18:30			
	38	240				
P. ARTERIAL V	2	220				
	3	200				
O PULSO	1	180				
	2	160				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	1	140				
	2	120				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	1	100				
	2	80				
RESPIRAÇÃO O	1	60				
	2	40				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS <i>Regional + seletiva</i>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS <i>DR. JOSÉ VIEIRA DR. JOSÉ VIEIRA DR. JOSÉ VIEIRA</i>						
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERTÓRIO IMEDIATAS				



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	235	235 / 247	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI: 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D							9:40 - Realizado curativo em F.O em hálux D. Utili- zados gazes + atadu- ra de crepont + SF0 % + AG6 - Densit
28/12/18	Agudo valume de F.O							
1	Dieta oral livre	<i>Ediana Nagelma Nutricionista</i> <small>Misto Nutricionista CRN/PI 3716</small>						
2	gelco salinizado							
3	Diprona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
6	Clindamicina 600mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6h							
7	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs							
8	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
	<i>Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> <i>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</i>							
	<i>CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</i>							

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	239	EXT 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D				<i>Ortopédica</i>	<i>ptb</i>	<i>petro</i>	<i>At 3</i>
27/12/18					<i>ptb</i>	<i>ptb</i>	<i>ptb</i>	
1	Dieta oral livre	Visto Medicamente	Ediana Nogueira CRN/ME 112					38700 57000 vitais
2	Jejo salinizado							par 36°C pa 9x5
3	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs				<i>12/18</i>	<i>2400</i>	<i>0600</i>	24:00 24.100 x 60 mmHg
4	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							8-805pm 91°F mm
5	Plasil _01 amp + AD EV 8/8h S/N							
6	Clindamicina 600mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6h				<i>12</i>	<i>2200</i>	<i>0600</i>	
7	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs				<i>12</i>	<i>2400</i>		
8	Ranitidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs				<i>14</i>	<i>2200</i>	<i>0600</i>	
9	glexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<i>pterox sono</i>				<i>2300</i>	<i>2400</i>			
Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-FEO110029 / CRM12300 / CRM3766-TEOT-11305 / CRM3367								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE				
DANIEL NASCIMENTO		498130	Ortopédica	239	Extra					
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES / ALERGIAS				
# EXPOSTA MID						23:20 - Paciente admitido procedente da RPA em POLMC de fratura exposta de hálux D, consciente, orientado, físico.				
26/12/18										
1 Dieta oral ZERO				01						
2 SF 0,9% 1000 ml EV ABERTO				16:35						
3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h				16:35 24 06						
5 Tenoxicam 20mg dil EV 12/12h				24		Desconhece alergia a medicamentos e comorbidades.				
6 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h										
7 Cefalotina 1g dil EV 6/6h		(SUSPENSO)								
8 CUIDADOS GERAIS E DE HIGIENE										
AO CENTRO CIRÚRGICOII APÓS LIBERAÇÃO CLÍNICA E CIRURGIA										
Pós op Lindamycin 400/200 + 600/270 EV 6/6h Dr. Carlos Paz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PE: 3054										
Ciprofloxacin 100 EV 12/12h Uso de direto médico pr cirurgia ortopédica										
Ab 16h50 - Cirurgia Grav CD: 1) Sem conduta de cirurgia										

Dr. Cláudio Nogueira
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM-PE: 106168 / CDM: 200168
 24 06

24
 24
 24

PACIENTE Daniel Nascimento Silva

IDADE _____ anos

DATA 26/12/2018REGISTRO DE ADMISSÃO 20 (s) 10 (m) TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA lmc de halux D

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSEO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/68 mmHg</u>	<u>107/62</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>97 bpm</u>	<u>68</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/SAÍDA	<u>Chirurgia</u>	<u>meio</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou da tosse livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Este lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando no ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>	
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>Chirurgia</u>	<u>10</u>

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
ns	ml	hs	ml	hs	ml
ns	ml	hs	ml	hs	ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:10 - Paciente chega na RPA no PC1 de lmc de halux D, consciente, respiração espontânea, teto apertado, humor dinamicamente estável, em HU, sem queixas. Mau

RECERCA MÉDICA

ALTA SRPA 26/12/2018
 HORÁRIO 26/12/18
 ANESTESIOLOGISTA ...

INCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS []

ESTO: [] [] [] [] EMERGÊNCIA PEDI. UTI [] PEDI [] NEURO [] GERAL [] QUIM. CLÍNICA [] PEDI MORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGNORADO** (Prontuário: 498130)
Endereço: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 01/01/1993 Idade: 25a11m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento:
Requisição: 905123 Solicitação: 26/12/2018 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1125311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame:

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO.
MOSTROU:

- FRATURAS COMPLETAS LOCALIZADAS NA LÂMINA DIREITA DE C6, BEM COMO NAS FACETAS ARTICULARES CONTÍGUAS DE C6 E C7 DESTE LADO.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.
- PARTES MOLES PARAVERTEBRAIS EUTRÓFICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



1269545 Daniel Nascimento Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.010.994

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/07/17

NOME

DANIEL NASCIMENTO SILVA

PAIS/ALIANÇA

RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA
DAMIÃO MENDES DA SILVA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1991

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 52741 L A68 F 96V
EXP TERESINA-PI 11/02/92

1269545

Princípios da Cidadania Pública
ASSINATURA DO DIRETOR: Rosângela
LEI Nº 7.118 DE 29/06/93 - DECRETO Nº 89.250/93

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
048.714.523-28

Nome
DANIEL NASCIMENTO SILVA

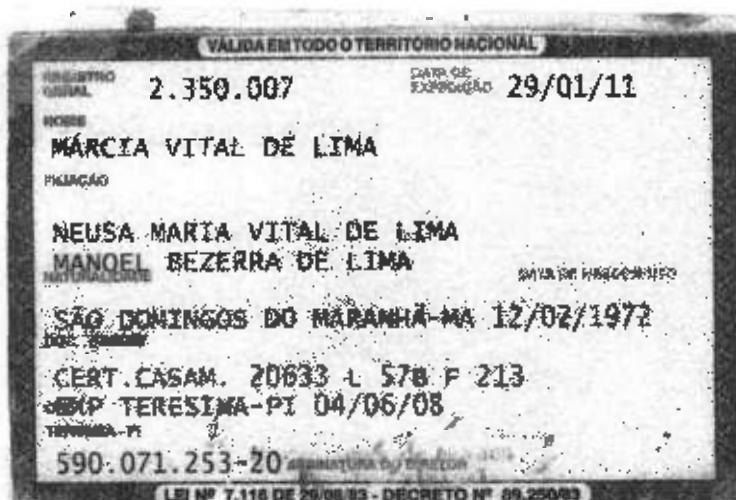
Nascimento
25/09/1991

CÓDIGO DE CONTROLE
E529.A27E.F755.7B37



Enviado para Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 15:35:28 do dia 25/07/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 44

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Nascimento Silva
RG: 3.010.994 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 048.714.523-28
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Técnico de Instalação
Endereço: Quintal H Cep: 64012-333 Cidade/UF: Teresina - PI
Bairro: Santa Maria da Codipi Cep: 64012-333 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: () _____ () _____ () _____

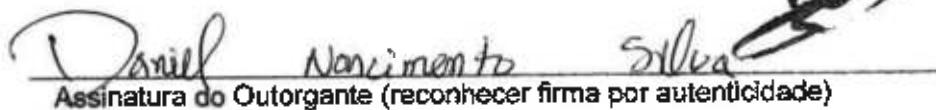
OUTORGADO:

Nome: Márcia Vital de Lima
RG: 2.350.007 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 590.071.263-20
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Pedagoga
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98848-6923 (86) 99830-7746 (86) 99945-5966

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

CPF: 048.714.523-28 Data do Acidente: 26/12/2018
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina 09 de Outubro de 2019
Local e data


Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356071/19

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

CPF: 048.714.523-28

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/12/2018

Titular do CPF: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCIA VITAL DE LIMA : 590.071.253-20

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

DANIEL NASCIMENTO SILVA : 048.714.523-28

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: 14/10/2019
Nome: MARCIA VITAL DE LIMA
CPF: 590.071.253-20

MARCIA VITAL DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581778

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581778 **Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA**

Data do Acidente: 26/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000104784-0

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do síndico ou ASL:

3 - CPF da vítima:

048 714 523 - 28

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo:

Daniel Nascimento Silva

6 - CPF:

048 714 523 - 28

7 - Profissão:

Téc. Instalações

8 - Endereço:

Qd - H

9 - Número:

25

10 - Complemento:

Pq Firmino Filho

11 - Bairro:

Santa Maria da Codipi

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64012 - 377

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 304784

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comparsa(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 31/10/2019
Daniel Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maíra Vital de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003514/2019-11

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 13/09/2019 - 11:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/12/2018 - 13:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

URUGUAI

Endereço

BR-343, LADEIRA DO URUGUAI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

EM FRENTE AO SUPERMERCADO MAXX

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Tipo Envolve: VITIM/A/Noticiante

RG: 3010994 SSPPI

Mãe: RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

Pai: DAMIÃO MENDES DA SILVA

Endereço: QUADRA H, CASA 25, Nº 25

Complemento: BAIRRO PARQUE FIRMINO FILHO

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 CARGO KS, PLACA QEB-1031, COR BRANCA, RENAVAM 00505533642, CONDUZIDA PELO SR. JEFFERSON DA SILVA LIMA (CPF: 603.155.783-51) E QUE TRAEGAVA PELA VIA CITTADA, QUANDO NA ALTURA DO SUPERMERCADO MAXX UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA ENTROU NA MESMA VIA VINDO A COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DA MOTO DO NOTICIANTE QUE VIERAM A CAIR NO CHÃO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT (PRONI: 498130). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL

Daniel Nascimento Silva
DANIEL NASCIMENTO SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Reika Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil
M. C. 16.001-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do síndico ou ASL:

3 - CPF da vítima:

048 714 523 - 28

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo:

Daniel Nascimento Silva

6 - CPF:

048 714 523 - 28

7 - Profissão:

Téc. Instalações

8 - Endereço:

Qd - H

9 - Número:

25

10 - Complemento:

Pq Firmino Filho

11 - Bairro:

Santa Maria da Codipi

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64012 - 377

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 304784
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 comparsa(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou comparsa(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 31/10/2019
 Daniel Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maicon Vital de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000104784-0

Nr. da Autenticação B2C0A0021BFFA053

ÁGUAS DE
TERESINA

CEP 65420-000 Teresina - PI
Av. Paulista 1000, Centro, Teresina - CEP 65400-040, Teresina - PI
Telefone: 086 223 2000 ou 115 / (086) 98124-3199

MATRIZ
TC 1,38
28196027891BL6
FATURA Nº
MÊS/ANO
152710718
8/2019

RODE/28916027

MORADOR RAINHUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

PAR FIRMINO FILHO B SANTA ROSA Q---H-CASA-025-STA MARIA DA
CODIPI-TERESINA-PI-cep:64012377

LOCUPERAÇÃO

018-00006-005380

GRUPO

NÚMERO DO HODÔMETRO

ABSN136686

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	USO	FAZIMENTO
07-2019	Líquido	06	18
06-2019	Líquido	06	18
05-2019	Residencial	07	18
04-2019	Residencial	06	18
03-2019	Residencial	06	18
02-2019	Residencial	06	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO CADERA

1 Residencial - Normal

DATA	MATRIZ
ANTERIOR 25/07/2019	419
ATUAL 27/08/2019	427

CONSUMO MÊS ANTERIOR

18

USO MÊS ANTERIOR

VALOR MÊS ANTERIOR

VALOR MÊS ANTERIOR

VALOR MÊS ANTERIOR

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		DESCRÍCION	
0	18	3,66	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66
14	25	5,7126	REF. 10,0 m ³
25	999999	5,8810	30,66

NÔO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO 15,01 E 24

DESCRÍCION DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

REF. 10,0 m³ 30,66