

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Maura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 33950230300, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Mancio Soares Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 025105423126, do sinistro de DPVAT cobertura Anual da Vítima Rafael Mancio Soares Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 025105421326, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**  
e apresento os documentos comprobatórios:  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
DPVAT, residir no endereço abaixo,  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Endereço	<u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email			Telefone comercial(DDD)	CEP <u>64000902</u> Telefone celular (DDD) <u>86994429591</u>

The, PI, 22 de 04 de 15  
Local e Data

Kelly Maura de Oliveira  
Assinatura do Declarante

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, MORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO,

RG nº 35881853-9, data de expedição 8/02/06,

Órgão SSP-SP, portador do CPF nº \_\_\_\_\_,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: SANTA HELENA, nº 14B3,

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

RAFAEL MARCELO SANTOS ALVES, cujo o condutor era

RAFAEL MARCELO SANTOS ALVES.

Veículo: moto Modelo: HONDA/CG 160 FAN Ano: 2018

Placa: PIY 8155 Chassi: 9C2KC2200JR204257

Data do Acidente: 22/01/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Local e Data: TERESINA 28 JANEIRO 2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

## TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lourdes Neves, 1225 - Centro - CEP: 64001-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4100 - E-mail: [portalextra@teresinacartorio.com.br](mailto:portalextra@teresinacartorio.com.br)

Judice: Adriana Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 28/01/2019.

Selo: AAA82516-BXOG

[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrivente Autorizada  
Emol.: 3,71 TJ:0,74 FMMP/PI:0,00 Selo:0,26 Total:4,71 - OP:488  
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>3172</b>	02 Data do chamado <b>22/10/11 19:19</b>	03 PRO (código) <b>2909</b>	04 Saída do PA <b>07 1514</b>	05 Chegada ao local <b>07 1519</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>08/10/10</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>08 1915</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <b>RJ. Residencial Raimundo Salles</b>	11 Bairro <b>Vila São Francisco Norte</b>	12 Município-UF <b>THE-PE</b>	Código IBGE	
	13 Ponto de referência <b>pox. bar do bebe</b>				
	14 Nome <b>Raynél Mendes Santos Almeida</b>			15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado <b>0</b>	
	16 Idade <b>32</b>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado <b>03</b>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <b>0</b>	DEPARTAMENTOS DE SÍNOS DPVA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 ABR 2019
	18 Tipo de ocorrência 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	GENTE S... MULHERES REPRODUTORA S... RESIDENTE RESende, 465 Loja: Capacete... Airbag 2-470 Cinto de segurança Assento para criança
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado <b>0</b>	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta <b>03</b>	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta <b>03</b>	22 Equipamentos de segurança X Capacete... Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <b>60</b> Resp. PA <b>140/90</b> TAX. Sat02 <b>98%</b>	25 Local da lesão 
	26 Pupilas <b>0</b> 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radi <b>1</b> Central <b>0</b> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento <b>0</b> 1- Sim 2- Não	29 <b>0</b> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	
	30 Fratura 1-Sim <b>0</b> Exposta <b>0</b> Fechada <b>1</b>	2-Não <b>0</b> 3-Suspeito <b>0</b>			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemias Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)			
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	Não Removido			
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado <b>03</b>	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte <b>02</b>			
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente, vítima de acidente de trânsito, caiu de moto (moto cl. moto), consciente, orientado, expresso. Apresentava ferida na região do tornozelo esquerdo, escoriação na antebraço esquerdo e não direito. Realizado imobilização das extremidades, colar cervical e pulseira. Encaminhado para HUT.</p> <p>RAIO-X REALIZADO</p> <p>DATA <b>22/01/2019</b></p> <p>Técnico: <b>Lemuel</b></p>				
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor			
	Responsável pela recepção <b>Edilene Ferreira</b>	Fernando			

*Altos*



NOME DO PACIENTE: Rafael Marcius Santos Alves

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 500 472

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".

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES		Prontuário: 500472
Mãe: GILDETE SANTOS ALVES	Pai: FRANCISCO SERGIO ALVES	
End. Resid.: RUA JOSE SANTANA 1902 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 28/02/1986	Idade: 32a10m22d	Sexo: Masculino Fone: 86-99450-7857
Responsável: O MESMO	CNS: 701402665631333	
Profissão: SERVENTE	CPF: 025.105.723-26 * RG: -	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704011	Data: 22/01/2019 08:46:49	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid.Trab.: Sim	Trajeto?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

<p style="text-align: right;">DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p style="text-align: right;">29 ABR 2019</p> <p style="text-align: right;">GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		
PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm
Diagnóstico Inicial:		CID:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / .
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<u>HORA:</u> : .
ÓBITO:	<u>DESTINO:</u>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>CID Compatível:</u>
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>Prof. Solicitante</u> <u>Internação:</u>



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 22/01/2019 09:52:30

(CAMILA NORBERTA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES		<u>Prontuário:</u> 500472
<u>Mãe:</u> GILDETE SANTOS ALVES		<u>Pai:</u> FRANCISCO SERGIO ALVES
<u>End. Resid.:</u> RUA JOSE SANTANA 1902 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 28/02/1986	<u>Idade:</u> 32a10m22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99450-7857
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 701402665631333
<u>Profissão:</u> SERVENTE		<u>Documento:</u> CPF: 025.105.723-26
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 704011	<u>Data:</u> 22/01/2019 08:46:49	<u>Clas. Cor:</u> Amarelo
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ___/___/___ ___:_ ___	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</u>	
29 ABR 2019	
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Carimbo/Assinatura Solicitante	

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ ___:_ ___
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ___/___/___ ___:_ ___	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</u>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ ___:_ ___
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
**CENTRO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente	<i>Rafael Marcio Santos Alves</i>		
Diagnóstico pré-operatório	<i>Fractura luxação reportada de Tâmera esq.</i>		
Operação - Tipo	<i>L.N.C + Redução e fixação cl p/clus + placa + prof</i>		
Cirurgião	<i>Fernando Couto</i>	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	<i>Dr. Fernando Couto de Oliveira</i> CRM-PI 3467 / TEOF 119	Anestesiologista	Anestesia
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico pré-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT</b>  <b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>  <i>29 ABR 2019</i>  <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b>  <i>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</i>  <i>Centro-Norte CEP: 64.002-470</i>  <i>Teresina-PI</i> </div>		
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b>			
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Colise ddd sob naquia extensis</li> <li>2) Preparo hab. tis</li> <li>3) Hordácea abundante c/ SF 0,8% + desbridamento</li> <li>4) Vía latéral + dissecação</li> <li>5) Reducción</li> <li>6) Fixação cl p/clus + prof</li> <li>7) Hordácea c/ SF 0,8%</li> <li>8) Sutura</li> <li>9) Cautério</li> </ol>			
<div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <i>Dr. Fernando Couto de Oliveira</i>  <i>Ortopedia e Traumatologia</i>  <i>PI 3467 / TEOF 11913</i> </div>			

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

HUT		FICHA DE ANESTESIA				FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PRF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA													
Name	Rafael Marcius Santos Almeida	Sala	05	Alergia	None	Data	22/01/19												
Procedimento	Tc Crustacea Exposta (Cirurgia)	Cirurgião	Fernando	Observações	Sutura e fl														
Agente	Lidocaina 1%	15	30	45	12h	15	30	45	12h	15	30	45	12h	5	30	45	12h		
1	Cetajazolina EV	g	-0.2																
2	Bromopropíde EV	mg	-10																
3	Bupivacaina EV	g	-50																
4	Hipnotizante EV	g	-0.2																
5	Hippurídeo EV	mg	-100																
6	Nitroglicerina EV	mg	-10																
7																			
8																			
9																			
10																			
11	Roxo:																		
12	Morfínia	mg	-60																
13	Bupi(P) 0.5% mg	mg	-15																
Drugs																			
AP/ND																			
Vida																			
Accesso Vascular	HSE prívio																		
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	PAH-X																		
Cat. Venoso n°	16G																		
Difficultade catetos venosos.																			
Gásios	Pacientes																		
Central																			
Via Aérea	100																		
<input type="checkbox"/> Cateter nasal																			
<input type="checkbox"/> IOT n°																			
<input type="checkbox"/> LMA n°																			
Monitorização:	100																		
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia																			
<input checked="" type="checkbox"/> ECG																			
<input checked="" type="checkbox"/> Oômetro de pulso																			
<input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub>																			
<input type="checkbox"/> Outros																			
Anestesia:	50																		
<input type="checkbox"/> Geral Venosa																			
<input type="checkbox"/> Geral Balanceada																			
<input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia																			
<input type="checkbox"/> Peridural																			
<input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico																			
Outros:																			
Decubito:	OH																		
SPO <sub>2</sub> (%)	97 99 99																		
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)																			
Aces. Venoso	50																		
Aces. Venoso	60																		
Urines																			
Pardas Sanguíneas																			

Descrição da Anestesia: 1) APA + check-list 2) Raquianestesia L3-L5, dextro, asséptica, midiana, agulha Quincke 27G, lcf cloro, gerg intérrompida. 3) Proteção de plaxas e articulações 4) Ao RPA estabil. Antonio Cortez Anestesiologista CRM-PI 3.736

Anestesiologista



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

**Fundação Municipal de Saúde**

## **BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 22/01/18

NOME DO PACIENTE:		Rafael Marcio Santos Alves	DATA:	27/04/13
PRONTUÁRIO N°:		500 472		
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:			
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 05			
CIRURGIÃO:	DEPARTAMENTOS DE DRAVAT			
AUXILIAR:	CONTEÚDO NÃO VE			
ANESTESISTA:	29 ABR 201			
INSTRUMENTADORA:	GENTE SEGURADORA Rua Celso da Rosaria, 44 Centro - Maceió - AL			

PRONTUÁRIO N°: 500 472  
CIRURGIA:

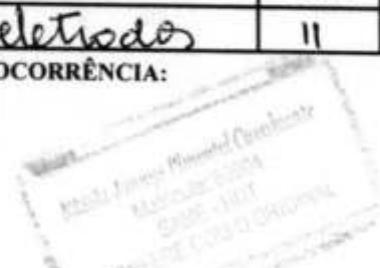
Nº DA SALA: 05 DEPARTAMENTOS DE SINISTRO

CPF Nº: **CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

CPF N°: 29 ABR 2019  
CPF N°:

CPF N°: 000.000.000-00 SENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 6,5	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 e 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	120	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPELE <i>treponem</i>	UNID.	03		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<i>eletrodos</i>	11	05	
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	11	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>X</i>			
VICRYL 0	11	01		CIRCULANTE: <i>Beresinho</i>			
PROLENE							



UNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITALS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica		230/226	
22/04/19						
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
		HORÁRIOS		RADIO-X REALIZADO	OBSERVAÇÕES	
				<u>DATA 22/01/19</u>	<u>Técnico: C. M. S.</u>	
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO						
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSW					
10	Características sonora / C.v					
	3 Ampp + SF 0,9% 100-1 1x/2h					
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
29 ABR 2019						
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 445 Loja 0 Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI						
CORRENTE DA SILENCIOSA CORRENTE DA SILENCIOSA CORRENTE DA SILENCIOSA						
Dr. Fernando Coelho Lima Dr. Otávio e T. TE Ortopédia 2467 Cirurgia 2467						

REGISTRO  
GERAL  
2.368.039

DATA DE  
EXPIRAÇÃO  
18/04/12

NOME  
RAFAEL MÁRCIO SANTOS ALVES

MILITAR

GILDENE SANTOS ALVES  
FRANCISCO SÉRGIO ALVES  
NACIONALIDADE

PARNAÍBA-PI

DOC. ORDEM

CERT. NASC. 89855 L 106 F 42

EXP TERESINA-PI 28/08/01

TERESINA-PI

025.105.723-26

ASSINATURA DO DIRETOR

DATA DE NASCIMENTO  
28/02/1986

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

INTERPOL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

CARTERA DE IDENTIDADE  
DO BRASIL

RAFAEL MÁRCIO SANTOS ALVES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

ESTADO DO PIAUÍ  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO - SISINFO  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO - SISINFO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME	KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO			
NATURALIDADE	EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM	BARÃO DE GRAJAU-MA	18/12/1979	
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99		Moura	
TERESINA - PI		Ponto de Venda	
839.502.303-00		ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190297779      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES      **Data do acidente:** 22/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES NO ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190297779      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES      **Data do acidente:** 22/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## OUTORGANTE:

Nome: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES  
 RG: 2.368.039 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 025.305.723-26  
 Nacionalidade: BRAZILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO  
 Endereço: Rua José Santana Nº 1902  
 Bairro: Nova Brasileira Cep: 64100-540 Cidade/UF: TERESINA - PI  
 Telefone: (86) 94729591 ( ) \_\_\_\_\_ - ( ) \_\_\_\_\_

## OUTORGADO:

Nome: Kelly Lineuv de Oliveira  
 RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-MA CPF: 839.503.303-00  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros  
 Endereço: Rua 1101 nº 1000 Centro de São Luís Nº 534  
 Bairro: Pentecostes Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Treze de Maio - Piauí  
 Telefone: (86) 8807-7870 ( ) \_\_\_\_\_ - ( ) \_\_\_\_\_

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: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

CPF: 025.305.723-26 Data do Acidente: 22/01/19

Cobertura solicitada:  Invalidade Permanente  DAMS  Morte

TERESINA 28 JANUÁRIO 2019

Local e data

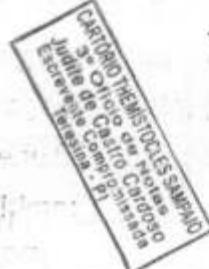


Rafael Márcio Santos Alves

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

	<b>TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS</b> <small>Rua Luizinho Magalhães, 1223 - Centro - CEP: 64002-260 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: <a href="mailto:cartorio3@terra.com.br">cartorio3@terra.com.br</a></small> Titular: <b>Anastácia Gonçalves de Santiago Peixoto</b> <b>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES, DOU FE. EM TESTE, DA VERDADE.</b> TERESINA-PI, 28/01/2019. <small>tjpi.jus.br/portalextra</small> <b>JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivane Autorizada</b> Emol.: 3,71 TJ: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Selô: 0,26 Total: 4,71 - OP: 488 <b>PROCURAÇÃO</b>
--	--

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143926/19

**Vítima:** RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

**CPF:** 025.105.723-26

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/01/2019

**Titular do CPF:** RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES : 025.105.723-26

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190297779**

**Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES**

**Data do Acidente: 22/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES**

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](http://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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190297779

Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093536-0

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](http://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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	02510572326	Rafael Márcio Santos Alves	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <i>Rafael Márcio Santos Alves</i>		CPF: 02510572326	
Profissão: <i>Estudante de Pedreiro</i>	Endereço: <i>Rua José Santana</i>	Número: 3902	Complemento:
Bairro: <i>Brasília</i>	Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: Piauí	CEP: 64002-0540
E-mail:	Tel.(DDD): 861994729591		

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2004** DÍGITO: **013** CONTA: **93536** DÍGITO: **0**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ DÍGITO: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ DÍGITO: \_\_\_\_\_

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização, por não ter à mão o laudo, ou que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões 002-470 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.

DPVAT  
CONCORDADA  
NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019  
GENTE SE  
LÍDER  
Seguradora S.A.  
CNPJ 00.000.000/0001-00  
Av. Celso de Resende, 466  
Caixa Postal 10000  
04540-000  
Brasília - DF

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Teresina - PI 22-04-19*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU  
DATA: 05/04/2019 HORA: 14:23:58  
TERMINAL: 28841814 CONTROLE: 288418148351

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2884 013.00093536-0  
NOME: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000056/2019-35

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 28/01/2019 - 17:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

519963

Data/Hora

22/01/2019 - 07:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PESCADOR RAIMUNDO SALVINO, Nº:

Complemento

Bairro

VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Ponto de Referência

BAR DO BÉBÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL MARCIO SANTO ALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Nova

Mãe: GILDETE SANTOS ALVES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Pai: FRANCISCO SÉRGIO ALVES

Endereço: RUA JOSÉ SANTANA, Nº 1902

Bairro: NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RAFAEL MÁRCIO SANTOS ALVES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. PESCADOR RAIMUNDO SALVINO, SENTIDO OESTE LESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN, COR BRANCA, PLACA PIY-8155 TERESINA PI, RENAVAM 011593137765, PROPRIEDADE DE HORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO; MOMENTO EM QUE PERDEU CONTROLE DA MESMA E VEIO À CAIR; QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 500472.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
AGENTE DE POLÍCIA

Rafael Marcio Santo Alves  
RAFAEL MARCIO SANTO ALVES - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

02510572326

Nome completo da vítima:

Rafael Márcio Santos Alves

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

Nome completo:

Rafael Márcio Santos Alves

CPF:

02510572326

Profissão:

Estudante de Pedreiro

Endereço:

Rua José Santana

Número:

1902

Bairro:

mena Brasil

Cidade:

Teresina

Estado:

Piauí

CEP:

63002-050

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 994729591

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 2004

013

CONTA: 93536

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Lei nº 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
Pelo Custo de Resposta das  
Seguradoras  
Nº de Inscrição: 002-470

29 ABR 2019  
GENTE SÉRIE  
Pelo Custo de Resposta das  
Seguradoras S.A.  
Nº de Inscrição: 002-470

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 22.04.19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3172	02 Data do chamado 22/01/11 19	03 PRO (código) 29019	04 Saída do PA 07 1514	05 Chegada ao local 07 1519
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08 1210	07 Chegada ao 1º hospital 08 1915	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Resende Raimundo Salles	11 Bairro Vila São Francisco Norte	12 Município-UF THE-PE	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência prox. bar do bebe	14 Nome Rafael Marcos Santos Alves	15 Sexo Masculino	16 Idade 30 03	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	DEPARTAMENTOS DE SÍNOPSIS DE OPVA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 ABR 2019
Exame Físico	19 Vítima 0 20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	03 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	03 22 Equipamentos de segurança Respirador Capacete Cinto de segurança Assento para criança	24 Sinais Vitais Pulso 62 Resp. PA 140/90 TAX. Sat02 98%	25 Local da lesão
Assistência	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	26 Pupilas 0 27 Pulso Radial Central 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	29 07 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa
Hospital de Destino	28 Sangramento 0 29 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito	31 32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada 03 34 Óbito 1-Sim 2-Não 02 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido	
Observações Interdisciplinar	Paciente, vítima de acidente de trânsito, caiu de moto (moto clonada), consciente, gripe tache, exposta. Apresentando patina e poto na região do tornozelo esquerdo, escoriações no antebraço esquerdo e mão direita. Realizado imobilização da extremidade, colar cervical e prancha. Encaminhado para HUT.	RAIO-X REALIZADO DATA 20/01/2019 Técnico: Luanha			
Socorristas	Médico A/E/T/E Gizeneide	Enfermeiro Condutor Fernando			
Responsável pela recepção	Fernanda				

# 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: 17/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000093536-0

---

Nr. da Autenticação 3D5473B481EDB95B



.....

GILDETE DA SILVA SANTOS  
R JOSE SANTANA, 1902  
NOVA BRASILIA  
64004-540 TERESINA-PI



341739845200142 00000023518 10 111018



15.10.2018



1607145

# EXTRATO MENSAL

[Redacted area]

[Redacted area]

ÁGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 199965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38  
28198281128481

MATRÍCULA 13428373-2  
FATURA NR. 150356277  
MÊS / ANO 2/2019

NOME / ENDERECO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
001-00044-000060	001	Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIP	LEITURA	FATURADO
01/2019	Lido	83	10
12/2018	Lido	81	10
11/2018	Lido	81	10
10/2018	Lido	81	10
09/2018	Lido	81	10
08/2018	Lido	81	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA	LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019	131
ATUAL 01/02/2019	134

CONSUMO MÊS/M	REF.	VALOR
16	REF. 18.7410018	16,94 X 1,55 = 2,77
	COPNS	46,94 X 1,55 = 1,55

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		FAIXA DE CONSUMO / RS/M3 E (R)
0	10	11,9450 65
10	25	11,3000 45
25	999999	11,5000 65

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FAZENDA		
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	10,0 m3	28,45

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO / RS/M3 E (R)

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR DE ESGOTO - 18,49

> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45

> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45