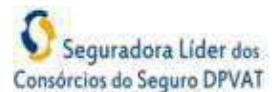


# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439753/18

**Vítima:** ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS

**CPF:** 453.896.403-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/12/2015

**Titular do CPF:** ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais

### CAIQUE PINHEIRO DE MOURA : 059.387.723-38

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

### ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS : 453.896.403-49

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

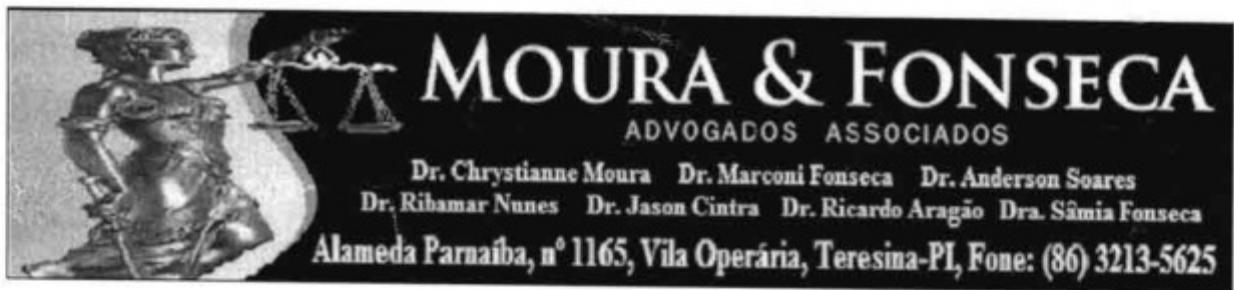
Data da entrega: 05/12/2018  
Nome: CAIQUE PINHEIRO DE MOURA  
CPF: 059.387.723-38

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2018  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

CAIQUE PINHEIRO DE MOURA

Ozeas Chaves Vieira Junior



# MOURA & FONSECA

ADVOGADOS ASSOCIADOS

Dr. Chrystianne Moura Dr. Marconi Fonseca Dr. Anderson Soares  
Dr. Ribamar Nunes Dr. Jason Cintra Dr. Ricardo Aragão Dra. Sânia Fonseca

Alameda Parnaíba, nº 1165, Vila Operária, Teresina-PI, Fone: (86) 3213-5625

## 'PROCURAÇÃO AD JUDICIA'

**ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**, brasileira, casada, técnica em enfermagem, sem endereço eletrônico, portadora do RG nº 1.043.470 SSP/PI, inscrito no CPF nº 453.896.403-49, NIT nº 1.248.714.680-1, residente e domiciliado Rua Santa Isabel, 2505, Bairro Morro da Esperança, CEP 64003-300, em Teresina-PI, nomeia e constitui como seus bastantes procuradores: **MOURA E FONSECA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados, inscrita na OAB PI sob nº 31/2015, CNPJ nº 23.253.148/0001-33, os sócios **MARCONI DOS SANTOS FONSECA**, brasileiro, casado, advogado, CPF/MF nº 481.737.543-49, com registro profissional na OAB - PI nº 6364/08; **CHRYSTIANNE MOURA SANTOS FONSECA**, brasileira, casada, advogada, CPF/MF nº 743.569.503-30, com registro profissional na OAB - PI nº 3222/00; **ANDERSON LEANDRO SARAIVA SOARES**, brasileiro, casado, advogado, CPF/MF nº 006.859.773-82, inscrito na Ordem dos Advogados sob o nº 9372/PI; **JOSÉ DE RIBAMAR NUNES SILVA**, brasileiro, casado, advogado, CPF/MF nº 010.954.123-53, inscrito na Ordem dos Advogados sob o nº 11.097-PI, **JASON CINTRA SAMPAIO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 042.069.233-96, inscrito na Ordem dos Advogados sob nº 11.103/PI; **RICARDO BRITO ARAGÃO LINHARES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 046.022.873-01, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº 11.783/PI, e **SÂMIA DANIELLE DOS SANTOS FONSECA DOURADO**, brasileira, casada, advogada, CPF/MF nº 009.206.543-04, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº 12.779/PI; **VÍTOR SARAIVA FERNANDES**, brasileiro, casada, advogado, CPF/MF nº 001.538.693-72, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº 14.116/PI; **CAÍQUE PINHEIRO DE MOURA**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 059.387.723-38, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº 13.800/PI; **RONE MUNIZ VIEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 891.209.652-49, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob nº 16908/PI, **HÉVILA MARIA CHAVES MONTE**, brasileira, solteira, CPF/MF nº 063.111.383-52, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, sob nº 16.886, com escritório profissional sito à Alameda Parnaíba 1165, Vila Operária, Teresina-PI, onde recebem as intimações de estilo, concedendo amplos e ilimitados poderes com as cláusulas ad judicia e extra para foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal, em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e prometer, e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimento, documentos necessários, produzir provas, justificações, requerer falência ou concordata, transigir, firmar compromissos, renunciar, passar recibos, pagar taxas e dar quitação, assinar termo de inventariante, e especialmente para requerer e tratar de qualquer assunto referente ao seguro DPVAT, nos termos do art. 105 do CPC 2015, finalmente tudo o que for necessário para o cumprimento deste mandato.



RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS  
EM TEST. *[Signature]* DA VERDADE  
POU FÉ. TERESINA, 14/11/2018 14:43:55

ANALIA VIEIRAS DA SILVA - ESCRIVENTE COMPROMISSADA  
End. Rua 371, nº 074, Belo: R\$ 0,26 / Total: R\$ 4,71

ANALIA VIEIRAS DA SILVA - ESCRIVENTE COMPROMISSADA  
End. Rua 371, nº 074, Belo: R\$ 0,26 / Total: R\$ 4,71

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ. 2018

Teresina(PI), 22 de outubro de 2018.

*Ana Lucia Barbosa Guimaraes Campos*

**ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Chrystianne Moura Santos Fonseca

OAB PI 3222

Marconi dos Santos Fonseca

OAB PI 6364

Página 1 de 1



**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO**

Pag: 1 de 2

**Identificação do Laudo:**

Código:	Tipo:	Requerente:	Cidade:
88338	L. CORPORAL-ACID.	GPM - GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	TERESINA-PI
Data Requisição:	Remeter para:		Data Exame: Hora Exame:
06/04/2016	DELEG. DE ACIDENTES.		08/04/2016 12:57

Local Exame:  
I.M.L.

Emissão do Laudo:
08/04/2016 12:57:24

**Identificação do Periciando:**

Código:	Nome:	Nacionalidade:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
74662	ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS	Brasileira	DHAT
Dt. Cadastro:	Endereço:		CONTEUDO NAO VERIFICADO
08/04/2016	RUA SANTA ISABEL N°2941. - MORRO DA ESPERANCA - TERESINA - PI		
Mae:		Paiz:	05 DEZ. 2016
EDUARDA BARBOSA GUIMARÃES		FRANCISCO GUIMARÃES ROCHA	
CPF:	RG:	Registro Nascimento:	GENTE SEGURADORA S.A.
.....	1.043.470-SSP-PI		Centro de Resende, 465 Loja 10
Profissão:	Nascimento:	Idade(anos):	Estado Civil:
TÉC. EM ENFERMAGEM	03/01/1971	45	Casado(a)

**L A U D O :**

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, Dr. Marcos Antonio de Araújo Santos Filho - CRM 5563 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar.

I S T Ó R I C O: Pericianda refere que em 13/12/2015, por volta das 00:30 horas, sofreu lesão no nariz e no braço direito, quando o microônibus em que era passageira passou com velocidade excessiva sobre um quebra-molas. Relata que o fato ocorreu na PI-343, no Município de Altos-PI. Refere que foi socorrida por uma ambulância e levada ao Hospital de Altos, de onde foi transferida ao Hospital de Terapia Intensiva de Teresina (HTI), onde foi submetida a cirurgia e braço esquerdo devido a fratura. Traz consigo cópias dos seguintes documentos: a) Boletim de Ocorrência nº108505.000665/2016-64, em que se narra as circunstâncias do fato; b) Laudo de radiografia do braço direito, datado de 13/12/2015, que refere "fratura completa da região médio-diafisária do úmero direito, com deslocamento dos fragmentos e edema de partes moles adjacentes"; c) Descrição cirúrgica do procedimento de osteossíntese do úmero direito com enxertia óssea, datada de 17/12/2015, no Hospital de Terapia Intensiva de Teresina (HTI); d) Laudo de radiografia de braço direito, datado de 17/12/2015, que refere "presença de hastes e parafusos metálicos, para fixação de fratura não consolidada na diáfise medial do úmero (...); e) Atestado médico, datado de 05/01/2016, com orientação para afastamento por 120 dias de suas atividades laborais. DESCRIÇÃO: Periciando auto e alopsiquicamente orientada, apresentando as seguintes lesões: a) cicatriz em nariz medindo 1 cm de extensão; b) cicatriz cirúrgica em face lateral de terço médio de braço direito, medindo 16 cm de extensão. Observa-se edema residual do braço direito, associado a diminuição da mobilidade do membro superior direito em 70%. DISCUSSÃO: As lesões observadas apresentam nexo de temporalidade e causalidade com o histórico da pericianda, tendo decorrido de ação contundente. Tais lesões ocasionaram incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias e debilidade funcional de 70% do membro superior direito. CONCLUSÃO: Fratura de úmero direito decorrente acidente de trânsito. Cicatriz em nariz. RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS: 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM 2) Qual o instrumento ou meio que produziu? Resp.: AÇÃO CONTUNDENTE (BRAÇO DIREITO) E CORTOCONTUNDENTE (NARIZ) 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trâfego? Resp.: SIM 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM PARA INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS E PARA DEBILIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO Nada mais havendo, deu-se por findo o presente

6



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Pag: 2 de 2

Identificação do Laudo:

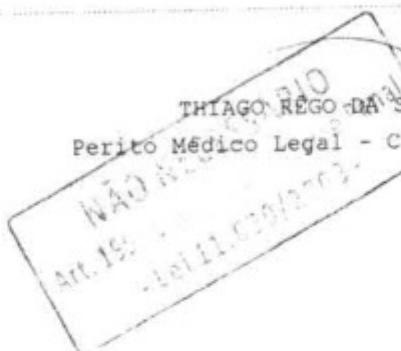
Código:	Tipo:	Requerente:	Cidade:
88338	L. CORPORAL-ACID.	GPM - GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA	TERESINA-PI
Data Requisição:	Remeter para:	Data Exame:	Hora Exame:
06/04/2016	DELEG. DE ACIDENTES.	08/04/2016	12:57
Local Exame:	Emissão do Laudo:		
I.M.L.	08/04/2016 12:57:24		

laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. ////////////////

ANDRÉ BIONDI FERRAZ  
PERITO MÉDICO LEGAL  
CRM 4466

ANDRÉ BIONDI FERRAZ  
Perito Médico Legal - CRM 4466 - PI

THIAGO RÉGO DA SILVA  
Perito Médico Legal - CRM 4870 - PI



GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**REGISTRO GERAL**  
**1. 043.470**  
**DATA DE EXPEDIÇÃO 03/02/11**

**NOME**  
**ANA LÚCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**

**DATAS DE NASCIMENTO**  
**03/01/1971**

**TERESINA-PI**  
DOC. ORIGEM

**CERT. CASAM. 22360 L 60B F 176V**  
**EXP TERESINA-PI 27/01/95**  
TERESA-PI

**453.896.403-49**  
ASSINATURA DO DIRETOR  
(LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 88.260/83)

**Assinatura**  
**Ana Lúcia Barbosa Guimarães Campos**  
**ANA LÚCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**Emitido em : 28/01/96**

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
 Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**Nome**  
**ANA LÚCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**

**Nº de Inscrição**  
**453896403-49**

**Data do Nascimento**  
**03/01/71**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

**05 DEZ. 2010**

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

## 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 Caique Pinheiro de Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.384.723 / 38, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Lúcia Barbosa Guimaraes Campos inscrito (a) no CPF sob o Nº 453 896 403 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizar da Vítima Ana Lúcia Barbosa Guimaraes Campos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 453 896 403 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Téc. em Enfermagem Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Santa Isabel</u>	Número <u>2941</u>	Complemento
Bairro <u>Morro da Esperança</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u> CEP <u>64.003-330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99412-8648</u>

Teresina-PI, 01 de dezembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



TIM S.A.  
Rua Lisandro Nogueira, 1914  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445895  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 59,99

VENCIMENTO

20/11/2018

EMISSÃO: 02/11/2018

POSTAGEM: 08/11/2018

FATURA: 3572262162

CLÍENTE: 1.68918644

CPF/CNPJ: 05938772338

ACESSO: 86 99993-4449

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000168918644017

CAIQUE PINHEIRO DE MOURA  
SEIS, 325, CASA  
SACI  
64020-460 - TERESINA - PI

IMPORTANTE PARA CAIQUE

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/OUT A 31/OUT

Serviços TIM S.A.

VALOR

TIM Controle B Plus R\$ 59,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

**TIM Controle B Plus: 86999934449 (088/PÓS/SMP)**

TIM Music

TIM Banca Virtual

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Vantagens que seu plano oferece	-	-	1	-	-	59,99
<b>TIM Controle B Plus: 86999934449 (088/PÓS/SMP)</b>	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades						59,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesso o App ou visite [meutim.com.br](http://meutim.com.br) para mudar para Conta Digital.

DPVAT

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,26
ICMS	30%	R\$ 39,19	R\$ 11,76	FUNTEL:	R\$ 0,13
PIS/COFINS - Serviços Telecom	1,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços Incluídos nele(s) Plano(s)	CONTÉNUO NÃO VERIFICADO
Frano(s)	R\$ 39,19
SVA	R\$ 20,80
Desconto(s) Frano(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

05 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

Nº de identificação do documento: 3572262162

NOME DO CLIENTE

CAIQUE PINHEIRO DE MOURA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
00000000168918644017

MÊS DE REFERÊNCIA  
NOV/2018

DATA DE EMISSÃO  
02/11/2018

DATA DE VENCIMENTO  
20/11/2018

VALOR  
R\$ 59,99

VIA BANCO

84600000000 - 6 59990109011 - 9 00357226216 - 4 20123353002 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Aguas de  
Teresina

CNPJ 27.187.474/0001-06 - IE 13.950.445/784  
Av. Odilon Araújo, 1035, Parnaíba - CEP 64037-100, TERESINA - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 | (86) 98124-3199

2a Ine. TC 1.21  
2a Ine. 22239

MATRÍCULA

12275360-7

FATURA NR.

MES / ANO

153098186  
10/2018

NOME / ENDERÉCIO

ALUGADOR FRANCISCO GUIMARAES ROCHA

RUA SANTA ISABEL, 2941-MORRO DA  
ESPERANCA-TERESINA-PI-cep:64003330

INSCRIÇÃO:

012-00084-002268

CAUPO

12275360-7

FATURA NR.  
MES / ANO

153098186  
10/2018

VALOR DO CONSUMO:

MES / ANO	DATA	USO	VALOR
09/2018	Liso	10	18
09/2018	Liso	10	18
09/2018	Liso	10	18
09/2018	Liso	10	18
09/2018	Liso	21	21
09/2018	Liso	10	18
09/2018	Liso	10	18

ECOSENSE, CATEGORIA / TIPO DA FÁBRA

1 Residencial - Normal

DATA / MÊS / ANO

ANTERIOR 15/09/2018 2892  
ATUAL 20/10/2018 2906

CONSUMO MÊS ANTES

14

PERÍODO DE PAGAMENTO

A05N141753

VALOR DA FÁBRA

46,27

VALOR PAGEP

46,27 + 1,55 = 47,76

VALOR DIFERENÇA

46,27 + 1,48 = 47,75

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL			
FAZERIA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)			
2	10	2.551,2	58
12	25	7.348,8	58
25	999999	8.5389	58

DESCRICA

VALOR REFERENTE ÁGUA = 46,27  
> Residencial-Normal 14,0 m<sup>3</sup> 46,27

DESCRICA DOS SERVIÇOS DA FÁBRA

NÃO RESIDENCIAL

FAZERIA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

VENCIMENTO

05/11/2018

TOTAL A PAGAR

46,27

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERA SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

#### NOTIFICAÇÃO

PARA: 05. dia do vencimento, o não pagamento dessa fatura poderá resultar na suspensão da ligação de água conforme o art. 1445/2007, art. 40º, inciso V, al. "b" (4481/2007, art. 0º, inciso II).

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA [PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX]

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
ICOR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,0%
pH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBOZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA [PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI]

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CO2 FORMAS TOTais	914	910	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 20/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 12:23

TC 1.21  
2a Ine. 22239

Aguas de  
Teresina

MATRÍCULA  
12275360-7

FATURA NR.  
MES / ANO

153098186

10/2018

VENCIMENTO

05/11/2018

VALOR A PAGAR

46,27



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



Dados do Chamado		01 Nº do chamado <u>01</u>	02 Data do chamado <u>13/11/2015</u>	03 PRO (código) <u>00129</u>	04 Saída do PA <u>01/11/14</u>	05 Chegada ao local <u>01/11/14</u>	
Local da Ocorrência		06 Saída do local <u>01-09</u>	07 Chegada ao 1º hospital <u>01/11/14</u>	08 Saída do 1º hospital <u>01/12/15</u>	09 Chegada ao 2º hospital <u>01/11/15</u>		
Dados do Paciente		10 Endereço <u>BR 343</u>	11 Bairro	12 Município - UF <u>Altos</u>	Código IBGE <u>01</u>		
Tipo de Ocorrência		13 Ponto de referência <u>Rua Sapucaria</u>	14 Nome <u>Dra. Leila Barbosa Guimaraes Campos</u>	15 Sexo <u>F</u>	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte		16 Idade <u>44</u>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Exame Físico		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			
Procedimentos Realizados		19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - 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 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	22 Equipamentos de Segurança 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança		
Hospital de Destino		23 Glasgow = <u>15</u>	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL 1 - Está com olhos abertos 3 - Abre os olhos após chamado 2 - Abre os olhos após beliscão 1 - Não abre os olhos	RESPOSTA VERBAL 5 - Fala espontaneamente 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Grunidos 1 - Não fala	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a ordens 5 - Localiza estímulos 4 - Retira o membro 3 - Flexiona o MS 2 - Extensão do membro 1 - Não se mexe	24 Local da lesão 	
Observações		25 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	26 Pulso radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	27 Sinais vitais Pulso <u>77</u> Respiração <u>22</u> PA <u>130</u> Sal. O <sub>2</sub> <u>98</u>	bpm rpm mmHg %		
		28 Pulso radial <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Prancha longa <input type="checkbox"/> Prancha curta <input type="checkbox"/> Ked	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Outros	Conjunto com o original SAMU / ALTOS - PI - 11.03.2015 Eny Souzana Andrade coen - PI - J66092 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 DEZ. 2018	
		29 Hospital de destino 1 - INST. DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA 2 - Outro _____	30 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	31 Óbito 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte	GENTE SEGURADA Centro - Norte CEP: 64.002 Centro - Norte de Resende 64.465 Lote 1 Centro - Sul de Resende 64.465 Lote 2		
		OBSERVAÇÕES: Tt com relato de tontura me contanto e Anexo 01, origem unclear e quando o queijo dentro da bala é só passar bolha branca. Noite TCG, pondo de concreto. Referir dor no lado esquerdo, região lateral e quadril.					
		Responsável pela recepção		Socorrista Médico AE/TE <u>Robert Alves Jr</u> <u>Juliano</u>	Enfermeiro Condutor <u>Marcus</u> <u>Cabral</u>		



# INSTITUTO DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA

Enf06-  
Nº \_\_\_\_\_DATA: 15/12/2015 HORÁRIO: 01:20 hs

## Ficha de Pronto-Atendimento

NOME: Ana Lucia Barbosa Guimaraes Camps CNS: RG: 1.043.470  
IDADE: 24 DATA DE NASC: 03/01/71 SEXO: F NATURALIDADE: Teresina - PI  
PROFISSÃO: Perfumeira EST. CIVIL: Casada CONTATO: 999004929  
ENDEREÇO: R. 19 de Novembro n° 1996 B: Primavera Teresina - PI  
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Maria da Cruz Ribeiro da Silva

MOTIVO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

( ) Clínico ( ) Obstétrico ( ) Cirúrgico ( ) Pediátrico ( ) Psiquiátrico ( ) Violência ( ) Acidente

SINAIS VITAIS: FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ Tax. \_\_\_\_\_ GLICEMIA \_\_\_\_\_ SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Queixa Principal \_\_\_\_\_

Anamnese \_\_\_\_\_

Passou de 10 dias com dor abdominal com febre e vômitos

Exame Físico \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 12/12/18  
LSJ.G.6.15

Hipótese Diagnóstica O trauma no abdômen é suspeito

Destino do Paciente: ( ) Ambulatório ( ) Observação ( ) Internação ( ) Transferência

Conduta/prescrição: \_\_\_\_\_

O voltando — m/ro c/ Rx  
— Enj —  
01/05/18

② Depois — m/ro — m/ro >

O Internar o utero D/F

Assinatura e Carimbo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

453.896.403-49

Nome completo da vítima

Ana Lúcia Barbosa Guimaraes Campos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Name completo <i>Ana Lúcia Barbosa Guimaraes Campos</i>	CPF titular da conta <i>453.896.403-49</i>	Profissão <i>Tec. em Enfermagem</i>
Endereço <i>Rua Santa Isabel,</i>	Número <i>2941</i>	Complemento
Bairro <i>Morro da Esperança</i>	Cidade <i>Teresina</i>	Estado <i>PI</i>
Email	CEP <i>64.003-330</i>	
	Telefone (DDD) <i>(86) 99943-5456</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 AGENCIA  
NRO.

D/V

 CONTA  
NRO.

D/V

3828

\_\_\_\_\_

00010499-1

(Informar dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

\_\_\_\_\_

NRO.

\_\_\_\_\_

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

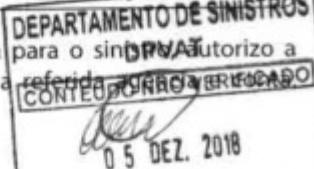
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida CONTA CORRENTE. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



Teresina, PI, 04 de dezembro de 2018.

Local e Data

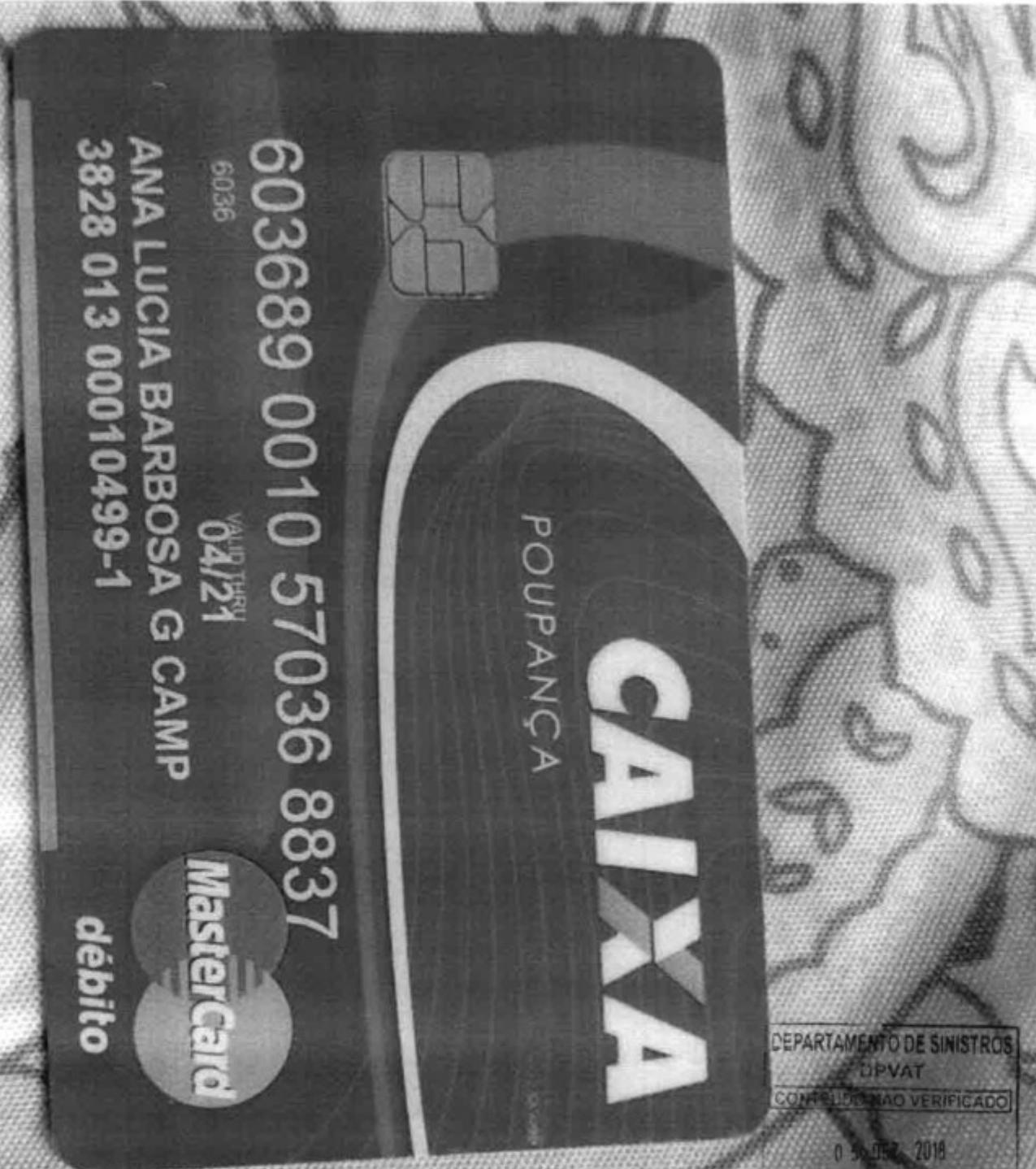
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

*Ana Lúcia Barbosa Guimaraes Campos.*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Graça Pinho, de mesa*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DIVAT

CONTROLE NAO VERIFICADO

05/05/2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua 23 de Maio nº 305 Loja C

Centro - Norte CEP: 04002-470

---

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS**

Nº Sinistro: **3180572335**

Vítima: **ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS**

Data do Acidente: **13/12/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CAIQUE PINHEIRO DE MOURA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180572335**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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, 06 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180572335**

**Vítima:** ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS

**Data do Acidente:** 13/12/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CAIQUE PINHEIRO DE MOURA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPOS**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

