

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439753/18

**Vítima:** ANA LUCIA BARBOSA GUIMARAES CAMPC

**CPF:** 453.896.403-49

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

CAIQUE PINHEIRO DE MOURA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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. Sâmia 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; **CHRISTIANNE 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 o 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, casado, 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; **RONÉ MUNIZ VIEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 891.209.652-49, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o nº 16908/PI, **HÉVILA MARIA CHAVES MONTE**, brasileira, solteira, CPF/MF nº 063.111.383-52, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, sob o 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 judicium 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 fiel cumprimento deste mandato.

Teresina(PI), 22 de outubro de 2018.

*Ana Lucia Barbosa Guimarães Campos*

**ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS**

4º OFÍCIO

Chrystianne Moura Santos Fonseca

OAB PI 3222

Página 1 de 1

Marconi dos Santos Fonseca

OAB PI 6364



**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO****Identificação do Laudo:**

Pag: 1 de 2

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

**Identificação do Periciando:**

<b>Código:</b> 74662	<b>Nome:</b> ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS	<b>Nacionalidade:</b> Brasileira	<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> DRAVAT
<b>Dt. Cadastro:</b> 08/04/2016	<b>Endereço:</b> RUA SANTA ISABEL N°2941. - MORRO DA ESPERANÇA - TERESINA - PI	<b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>	
<b>Mãe:</b> EDUARDA BARBOSA GUIMARÃES	<b>Pai:</b> FRANCISCO GUIMARÃES ROCHA	05 DEZ. 2018	
<b>CPF:</b> -	<b>RG:</b> 1.043.470-SSP-PI	<b>Registro Nascimento:</b>	<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende 465 Loja 1
<b>Profissão:</b> TÉC. EM ENFERMAGEM	<b>Nascimento:</b> 03/01/1971	<b>Idade(anos):</b> 45	<b>Sexo:</b> F
<b>Estado Civil:</b> Casado(a)		<b>Centro - Norte CEP:</b> 64.002470	

**LAUDO:**

**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 trânsito? 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 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO Nada mais havendo, deu-se por findo o presente

[illegible]

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

Pag: 2 de 2

**Identificação do Laudo:**

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

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

ANDRÉ BIONDI FERRAZ

Perito Médico Legal - CRM 4466 - PI

THIAGO REGO DA SILVA

Perito Médico Legal - CRM 4870 - PI

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

DEPARTMENT OF THE ARMY

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

**CARTeira DE IDENTIDADE**

ASSINATURA DO TITULAR  
*Ana Lucia Barbosa Guimarães Campos*





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.043.470 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/02/11

NOME ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS

PRACÇÃO

EDUARDA BARBOSA GUIMARÃES  
FRANCISCO GUIMARÃES ROCHA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DOC. CIVIL CERT. CASAM. 22360 L 608 F 176V  
EXP TERESINA-PI 27/01/95

DATA DE NASCIMENTO 03/01/1971

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR  
453.896.403-49

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS

Nº da Inscrição 453896403-49

Data do Nascimento 03/01/03



Assinatura  
*Ana Lucia Barbosa Guimarães Campos*

ANA LUCIA BARBOSA GUIMARÃES CAMPOS

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 28/01/96

Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ. 2010

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

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Caíque Pinheiro de Moura inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.384.723 / 38 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Luíza Barbosa Guimarães Campos inscrito (a) no CPF sob o Nº 453.896.403 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Ana Luíza Barbosa Guimarães 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>Monte da Esperança</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.003-330</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-8618</u>	

Teresina-PI, 04 de dezembro de 2018  
Local e Data

Caíque Pinheiro de Moura  
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



R\$ 59,99

VENCIMENTO

20/11/2018

EMIÇÃO: 02/11/2018

POSTAGEM: 08/11/2018

FATURA: 3572262162

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

CLIENTE: 1.68918644

CPF/CNPJ: 05938772338

ACESSO: 86 99993-4449

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000168918644017

IMPORTANTE PARA CAIQUE

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

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> 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
-	-	1	-	-	59,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades					59,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

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

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. Acesse o App ou visite [meutim.com.br](http://meutim.com.br) para mudar para Conta Digital.

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
PI/S/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PI/S/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 39,19
SVA	R\$ 20,80
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

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.

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



**Águas de Teresina**

CNPJ 27.157.474/0001-04 - RUA ODILSON CARVALHO, 1035, PIRARA - CEP 64037-280, TERESINA - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98234-3199

2a. Inv. TC 1.27 28181828122329 MATRÍCULA 12275360-7 FATURA Nº 153098186 MÊS/ANO 10/2018

NOME/DEBETOR: FRANCISCO GUIMARAES ROCHA

RUA SANTA ISABEL 2941-MORRO DA ESPERANÇA-TERESINA-PI-cep:6403330

LOCALIZAÇÃO: 012-00084-002260 GRUPO: 012 NÚMERO DO PESSOAL: A05N141753

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIA - CATEGORIAS / TIPO BARRA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	
09/2018	Lido	18	18	1 Residencial - Normal
08/2018	Lido	18	18	
07/2018	Lido	19	19	
06/2018	Lido	21	21	
05/2018	Lido	18	18	
04/2018	Lido	19	19	
DATA			CATEGORIA DE SERVIÇOS	
ANTERIOR	15/09/2018	2892	14	LEI 12.748/09
ATUAL	20/10/2018	2906		PIS. INSEP 46,27x1,45% = 0,76 CONHO 46,27x7,62% = 3,51

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (N)	DESCRIÇÃO	VALOR
1	18	2.551,2 50	
2	25	4.545,2 50	
3	33	6.539,2 50	
4	41	8.533,2 50	
5	49	10.527,2 50	
6	57	12.521,2 50	
7	65	14.515,2 50	
8	73	16.509,2 50	
9	81	18.503,2 50	
10	89	20.497,2 50	
11	97	22.491,2 50	
12	105	24.485,2 50	
13	113	26.479,2 50	
14	121	28.473,2 50	
15	129	30.467,2 50	
16	137	32.461,2 50	
17	145	34.455,2 50	
18	153	36.449,2 50	
19	161	38.443,2 50	
20	169	40.437,2 50	
21	177	42.431,2 50	
22	185	44.425,2 50	
23	193	46.419,2 50	
24	201	48.413,2 50	
25	209	50.407,2 50	
26	217	52.401,2 50	
27	225	54.395,2 50	
28	233	56.389,2 50	
29	241	58.383,2 50	
30	249	60.377,2 50	
31	257	62.371,2 50	
32	265	64.365,2 50	
33	273	66.359,2 50	
34	281	68.353,2 50	
35	289	70.347,2 50	
36	297	72.341,2 50	
37	305	74.335,2 50	
38	313	76.329,2 50	
39	321	78.323,2 50	
40	329	80.317,2 50	
41	337	82.311,2 50	
42	345	84.305,2 50	
43	353	86.299,2 50	
44	361	88.293,2 50	
45	369	90.287,2 50	
46	377	92.281,2 50	
47	385	94.275,2 50	
48	393	96.269,2 50	
49	401	98.263,2 50	
50	409	100.257,2 50	
51	417	102.251,2 50	
52	425	104.245,2 50	
53	433	106.239,2 50	
54	441	108.233,2 50	
55	449	110.227,2 50	
56	457	112.221,2 50	
57	465	114.215,2 50	
58	473	116.209,2 50	
59	481	118.203,2 50	
60	489	120.197,2 50	
61	497	122.191,2 50	
62	505	124.185,2 50	
63	513	126.179,2 50	
64	521	128.173,2 50	
65	529	130.167,2 50	
66	537	132.161,2 50	
67	545	134.155,2 50	
68	553	136.149,2 50	
69	561	138.143,2 50	
70	569	140.137,2 50	
71	577	142.131,2 50	
72	585	144.125,2 50	
73	593	146.119,2 50	
74	601	148.113,2 50	
75	609	150.107,2 50	
76	617	152.101,2 50	
77	625	154.095,2 50	
78	633	156.089,2 50	
79	641	158.083,2 50	
80	649	160.077,2 50	
81	657	162.071,2 50	
82	665	164.065,2 50	
83	673	166.059,2 50	
84	681	168.053,2 50	
85	689	170.047,2 50	
86	697	172.041,2 50	
87	705	174.035,2 50	
88	713	176.029,2 50	
89	721	178.023,2 50	
90	729	180.017,2 50	
91	737	182.011,2 50	
92	745	184.005,2 50	
93	753	186.000,2 50	
94	761	188.000,2 50	
95	769	190.000,2 50	
96	777	192.000,2 50	
97	785	194.000,2 50	
98	793	196.000,2 50	
99	801	198.000,2 50	
100	809	200.000,2 50	

VALOR REFERENTE AGUA - 46,27  
> Residencial-Normal 14,0 m3 46,27

VENCIMENTO 05/11/2018 TOTAL A PAGAR 46,27

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO  
NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO: 11.445/2007 - Art. 4º, inciso V e VI - Lei nº 12.748/09, Art. 9º - 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COL. FORMES TOTAIS	914	910	4	Ausência	Ausente
ESQUECHIDA COL	914	914	0	Ausência	Ausente

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

TC 1.27 28181828122329

**Águas de Teresina**

MATRÍCULA 12275360-7 FATURA Nº 153098186 MÊS/ANO 10/2018

VENCIMENTO 05/11/2018 VALOR A PAGAR 46,27

82690000000-9 46271535000-7 00201815309-4 81860100104-8



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	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município - UF		Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio </div> <div> 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica </div> <div> 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado </div> </div>				
Acidente de Transporte	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de Segurança				
Procedimentos Realizados	23 Glasgow =				
	24 Local da lesão				
Hospital de Destino	25 Pupilas				
	26 Pulso radial				
27 Sinais vitais					
28 Pulso radial					
29 Hospital de destino					
30 Condições de entrada					
31 Óbito					
OBSERVAÇÕES					
Socorrista Médico					
Enfermeiro					
Condutor					



INSTITUTO DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA

Nº \_\_\_\_\_

DATA: 15/12/2015 HORÁRIO: 01:20 hs

### Ficha de Pronto-Atendimento

NOME: Ana Lucia Barbosa Guimarães Campos CNS: RG: 1.043.470  
IDADE: 44a DATA DE NASC: 03/04/71 SEXO: F NATURALIDADE: Teresina - PI  
PROFISSÃO: Enfermeira EST. CIVIL: Casada CONTATO: 999004929  
ENDEREÇO: R. 19 de Novembro nº1996 B: Primavera Teresina - PI  
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Lucia 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

DOENÇA DIABETES DE TIPO 2  
OU COM OUTROS COM OUTROS COM OUTROS  
15 COM OUTROS COM OUTROS

#### Exame Físico

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 12/04/18  
J.S.J. G.15

Hipótese Diagnóstica 1 DIABETE DE TIPO 2

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

#### Conduta/prescrição:

1 DIABETE DE TIPO 2

2 DIABETE DE TIPO 2

3 DIABETE DE TIPO 2

Assinatura e Carimbo



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 Luícia Barbosa Guimarães Campos

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

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

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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)

AGÊNCIA

NRO.

3828

D/V

CONTA

NRO.

00010499-1

D/V

(Informar dígito se existir)

(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 DPVAT, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



Teresina, PI, 04 de dezembro de 2018.

Local e Data

Ana Luícia Barbosa Guimarães Campos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Guilherme Pinheiro de Menezes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POUPANÇA

CAIXA

603689 0010 57036 8837

6036

VALID THRU  
04/21

ANA LUCIA BARBOSA G CAMP  
3828 013 00010499-1

débito

MasterCard

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONFELDO NÃO VERIFICADO

0 30 007 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Lúcio de Resende 65 Loja C  
Centro Norte CEP: 54.002470



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**

Carta nº 13682072



---

**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