



São Paulo, 26 de Maio de 2006.

PROTOCOLO

À

Vertcon Clube de Seguros.
R. Conselheiro Crispiniano, 139 – 10º andar, Cj. 101, Centro
Cep.: 01037-0001 / São Paulo

C/C.: Branlife Adm. e Cor de Segs.

Ref.: DIT – Diária de Incapacidade Temporária
Sinistro S/Nº
Estip.: Vertcon Clube / Sindicato São Sebastião.
Segurado: Ester dos Santos
Apólice: 1.930.0001891

Prezado(s) Senhor (es)

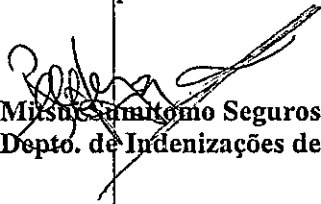
Após análise dos documentos fornecidos por V.Sas., por parte de nosso Depto. de Regulação de Sinistros, informamos estarmos impossibilitados em efetuar o pagamento da indenização reclamada, considerando que o sinistro não encontra amparo técnico de cobertura.

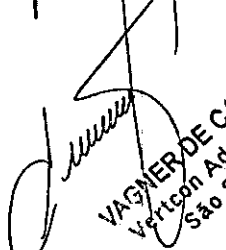
Ressaltamos que no caso da Segurada Ester dos Santos, o Aviso de Sinistro (Relatório Médico Assistente), bem como, a Comunicação Interna de Acidente do Trabalho do Servidor Municipal, preenchida pela Prefeitura Municipal de São Sebastião, demonstram que o evento DIT – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ocorreu em 13/01/2006, com data de retorno ao Trabalho em 08/02/2006, após Alta Médica Definitiva, estando este período, no prazo de Carência conforme disposto nas Condições Especiais da Apólice 01.930.00001891, Aditivo 006 datado de 23/09/2005, no qual transcrevemos:

Diárias de Incapacidade Temporária — D.I.T. No caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por acidente, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 90 (noventa) dias, as quais são devidas a partir do 31º (trigésimo) dia da caracterização da incapacidade.

Diante do exposto, por não haver cobertura técnica, não podemos atender a reclamação postulada, razão pela qual estamos encerrando o presente processo sem qualquer indenização, bem como efetuando a devolução de toda a documentação recepcionada em 23/05/2006.

Sem mais para momento.


Mitsui Sumitomo Seguros S.A.
Depto. de Indenizações de Sinistros

Recebido
13/06/06.
17:09 hs

WAGNER DE CARVALHO
Vertcon Adm. Seguros
São Sebastião



São Paulo, 26 de Maio de 2006.

PROTOCOLO

À

Vertcon Clube de Seguros.
R. Conselheiro Crispiniano, 139 – 10º andar, Cj. 101, Centro
Cep.: 01037-0001 / São Paulo

C/C.: Branlife Adm. e Cor de Segs.

Ref.: DIT – Diária de Incapacidade Temporária
Sinistro S/Nº
Estip.: Vertcon Clube /Sindicato São Sebastião.
Segurado: Ester dos Santos
Apólice: 1.930.0001891

Prezado(s) Senhor (es)

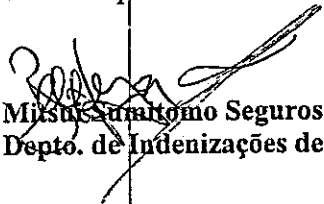
Após análise dos documentos fornecidos por V.Sas., por parte de nosso Depto. de Regulação de Sinistros, informamos estarmos impossibilitados em efetuar o pagamento da indenização reclamada, considerando que o sinistro não encontra amparo técnico de cobertura.

Ressaltamos que no caso da Segurada Ester dos Santos, o Aviso de Sinistro (Relatório Médico Assistente), bem como, a Comunicação Interna de Acidente do Trabalho do Servidor Municipal, preenchida pela Prefeitura Municipal de São Sebastião, demonstram que o evento DIT – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ocorreu em 13/01/2006, com data de retorno ao Trabalho em 08/02/2006, após Alta Médica Definitiva, estando este período, no prazo de Carência conforme disposto nas Condições Especiais da Apólice 01.930.00001891, Aditivo 006 datado de 23/09/2005, no qual transcrevemos:

Diárias de Incapacidade Temporária — D.I.T. No caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por acidente, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 90 (noventa) dias, as quais são devidas a partir do 31º (trigésimo) dia da caracterização da incapacidade.

Diante do exposto, por não haver cobertura técnica, não podemos atender a reclamação postulada, razão pela qual estamos encerrando o presente processo sem qualquer indenização, bem como efetuando a devolução de toda a documentação recepcionada em 23/05/2006.

Sem mais para momento.


Mitsui Sumitomo Seguros S.A.
Depto. de Indenizações de Sinistros

✓ 25/05/06

Mitsui Sinistro Auto - 23-Mai-2006-14:21-001312-1/1

São Paulo, 22 de maio de 2006

À
MITSUI SUMITOMO SEGUROS

AT. DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

ESTIPULANTE: 19301891 – VERTCON CLUBE DE SEGUROS

SUB. ESTIPULANTE N.º 1966 – SIND SERV PUB MUN DE SÃO SEBASTIÃO
ESTER DOS SANTOS - DIT

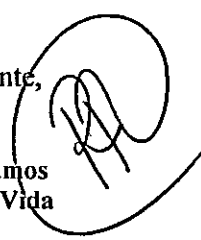
Segue anexo documentos abaixo relacionados para análise do referido sinistro:

- ☐ Aviso de Sinistro;
- ☐ Relatório Médico;
- ☐ Cópia RG e CPF ;
- ☐ Cópia do Comprovante de Vínculo Empregatício;
- ☐ Autorização de Pagamento;
- ☐ Cópia de Comprovante de Residência;
- ☐ Cópia da Comunicação de Alta Médica;
- ☐ Cópia da Comunicação Interna de Acidente de Trabalho;
- ☐ Recibo Original Referente a Consulta Médica.

Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos no aguardo de vossas providências.

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Ger. Sinistro Vida



AVISO DE SINISTRO
DMH - DESPESAS MÉDICAS
HOSPITALARES
DIT - DESPESAS DE INCAPACIDADE
TEMPORÁRIA

VIDA EM GRUPO E/OU
ACIDENTES PESSOAIS
COLETIVO



Mitsui Sumitomo Seguros

Apólice _____ Estipulante Sindicato Serv. Fun. São Sebastião
Segurado Ester das Fontes Profissão Gari Idade 50
Endereço (rua, nº, compl., bairro) Rua: São Linardo, 670, Topolândia
Cidade São Sebastião Estado SP CEP 11.600.000 Telefone 9107-8468

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR.

DADOS DO SINISTRO

Data _____ Hora _____ Local/Endereço _____ Em serviço? ☒ Sim ☐ Não

1. Descrever detalhadamente o acidente

Conforme C.A.T em Anexo
Comunicado de Acidente no Trabalho

2. Cite o nome e endereço de testemunhas que presenciaram o acidente ou viram o segurado após o acidente

Nome Claudia Anacleto Endereço _____
1º _____
2º _____

3. Nome do Médico e do hospital que atendeu o Segurado na ocasião do acidente

Dr. Luiz Tuma

4. Data em que procurou assistência médica pela primeira vez

5. Houve boletim de ocorrência ou comunicação de acidente de trabalho?

Sim em anexo

6. Mantém seguro de Vida/Acidentes pessoais em outra Seguradora? Se sim, citar o nome.

não

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR..

1. O Segurado se encontra em plenas condições de trabalho? Caso negativo, favor informar o motivo.

Sim

2. A partir de que data o segurado foi afastado de suas atividades?

16/01/2006

3. O segurado se encontra em tratamento médico? A partir de que data?

não, ficou em repouso

4. Existe a possibilidade de o Segurado voltar a exercer suas atividades e, em qual data?

Sim em 07/02/06

5. Qual a data em que foi dada entrada na documentação para a aposentadoria do Segurado pela Previdência?

não houve Aposentadoria

Declaro sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Assinatura do Estipulante
SÃO JOSÉ DA SILVA, 33
Centro - CEP 11600-000

12/05/06

Ester das Fontes

SÃO SEBASTIÃO - SP

50.322.130/0001-19
SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SÃO SEBASTIÃO



Nome do Segurado

Ester dos Santos.

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR..

1. Qual o diagnóstico que levou o segurado a sua incapacidade total e temporária?

Entorse grave do pé esquerdo.

2. Qual a data da primeira consulta médica em relação à moléstia atual?

13/01/06

3. Quais os exames efetuados para confirmação do Diagnóstico?

Rx pé esquerdo AP+P)

4. Houve internação para Tratamento Clínico ou Cirúrgico? Se afirmativo queira informar os Períodos.

nas

5. Quais os motivos das Internações acima? Cite os Diagnósticos.

—

6. Diante do Diagnóstico Firmado, considera V.S.A. que o paciente esta totalmente incapacitado temporariamente de exercer suas funções? Se Afirmativo, por gentileza informar número de dias.

Ficou incapacitada temporariamente por
23 (vinte e três) dias.

7. A quanto tempo na sua opinião, esta o paciente sofrendo da moléstia que o tornou incapacitado temporariamente de exercer suas funções?

8. Pode o Paciente, mesmo parcialmente atender suas funções habituais?

nas

9. Cite outras Patologias Pré-existentes que tenham contribuído direta ou indiretamente para o diagnostico da moléstia atual.

—

10. Atendeu V.S. A ao paciente anteriormente por outras moléstias? Quais e em que datas?

nas

11. Houve alta médica? Em que data?

Sim.

12. Declaração sobre o quadro clínico atual do Segurado

Atualmente esta recuperada da lesão
que sofreu.

Local Data

São Sebastião, 12/05/06.

Assinatura

Sug. Teruo Minami

Dr. Luiz Teruo Minami

Médico

Deverá ser reconhecida a firma da assinatura do médico em cartela

Ortopedia e Traumatologia
RAM 41.525 - CPF 01544962860

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

421-8

POLEGAR DIREITO

Ester dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.708.220-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/JUN/2005

NOME ESTER DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ MARIA DOS SANTOS
E MARIA BENEDITA DOS SANTOS

NATURALIDADE S. SEBASTIAO - SP DATA DE NASCIMENTO 20/FEV/1956

DOC. ORIGEM SAO SEBASTIAO SP
SAO SEBASTIAO
CC: L. 18.004/ELS. 0098/N. 000752

CPF 784201568-68

130 Delegado Divisionário de Polícia DRCD, SSR-SP

LEI N° 116 DE 29/08/83

10 MAI 2006

Em Teste da Verba

Tabellão

Valor recebido p/ autent. R\$

Válido somente com selo de autenticidade

AUTENTICAÇÃO

784201568-68

ANDRE IBANHEZ SOARES

Escrevente Autorizado

SEBASTIAO-SP

CIC

NASCIMENTO 20.02.56

INSCRIÇÃO NO CPF 784.201.568-68

CONTRIBUINTE

ESTER DOS SANTOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE CONTRIBUINTE

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Ester dos Santos

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

Tabellão de Notas e Anotações

Autêntica e apresenta cópia reprográfica conforme o original e min. apresentado

10 MAI 2006

Em Teste da Verba

Tabellão

Valor recebido p/ autent. R\$

Válido somente com selo de autenticidade

AUTENTICAÇÃO

784201568-68

SEBASTIAO-SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

Secretaria da Saúde
Divisão de Medicina do Trabalho

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 09/05/06

Valdirene. 3534-8

COMUNICAÇÃO DE ALTA MÉDICA (CAM)

Comunicamos que Estu dos Santos
mat: 2744, vinculado a essa entidade e vítima de
acidente de trabalho em 13 / 01 / 06, recebeu alta médica
nesta data, encontrando-se apto para o exercício de suas atividades.



São Sebastião, 07 / 02 / 06

Ana Claudia Paes Lippi
Técnica de Enfermagem
COREN 31.022 - U.S.O

Ana Lippi
Ass. e Identificação do Funcionário

- Obs.: 1. O empregador é responsável pelo salário do dia do
acidente e até 15 (quinze) dias após.
2. O acidentado não apresenta lesões residuais.

Entidade:

afastamento:

16/1/2006 a 07/2/06

23 dias

SS - AT - 6



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

Estância Balneária
Estado de São Paulo

UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL - USO

COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DO TRABALHO DO SERVIDOR MUNICIPAL

I - DADOS DO ACIDENTADO

Nome: Ester dos Santos Matrícula: 2744
Data nascimento: 20/02/56 Idade: 50 Tel.: () _____ Cel.: (12) 9107 8468
Cargo / Função: Gari Tempo de função: 14 anos Lotação: SEBUC
Setor de trabalho: Criche D. B. Bernardino Chefe/Cargo: M^{te} Aparecida do Carmo Sampaio

II - DADOS DO ACIDENTE

Data: 13/01/06 Horário: 18:00 Após 8:00 horas do início do serviço.
Partes do corpo atingida: Pé esquerdo
Local da ocorrência: Área da Creche (Tático)
Objeto causador do acidente: Piso irregular
Usava EPI? ☐ Sim Quais? _____
☒ Não Por quê? final do expediente
Descrição do acidente: ao dirigir-se a casa da responsável que reside no local, falseou o pé e sofreu a lesão.

III - TESTEMUNHAS

Nome: Claudia Amadeo RG/Mat: _____
Nome: _____ RG/Mat: _____

IV - ATENDIMENTO

Instituição: P.S. Central Médico-assistente: Dr. Luiz Serna
Diagnóstico: Entorse de pé esquerdo
Data do afastamento: 16/01/2006 Dias de tratamento: _____

V - UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL - U.S.O.

Classificação		
☐ Acidente do trabalho típico	☒ Acidente de trajeto <u>interno</u>	☐ Doença ocupacional
Conclusão		
☒ Incapacidade temporária total	☐ Incapacidade permanente	☐ Morte
☐ Retorno imediato sem restrições	☐ Retorno com restrições. Quais? _____	
Afastamento em: <u>16/01/06</u>	Retorno em: <u>08/02/06</u>	Dias de afastamento: <u>23 dias</u>
Recomendações / Comentários: <u>Orientações</u>		

Sebastião S. Passarelli
TÉC. SEG. TRABALHO
REG. Mtb 143874

São Sebastião, 02/02/06

Rosimeiry Ramos

Ger. Sinistro Vida

Vertcon Seguros

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA		Nº DO RECIBO	Nº DO TALÃO
Ester dos Santos		02	
MATERÍCULA (CNPJ OU INSS)			

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CONSULTA médica, A IMPORTÂNCIA DE R\$ 22,50, JUNTAMENTE COM OS VALORES DE DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS, CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO - BASE	TAXA	VALOR	ESPECIFICAÇÃO
	X	=	I. VALOR DO SERVIÇO PRESTADO R\$ 22,50
			II. R\$
			SOMA R\$
CARRETEIRO (VALOR BASE P/CÁLCULO DO INSS)			
APLICAR 20% SOBRE O VALOR DA MÃO-DE-OBRA (11,71% DO FRETE)			
DESCONTOS			
III. IMPRESENTA FONTE R\$			
IV. R\$			
V. R\$			
VALOR LÍQUIDO			22,50
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			
NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR		
7.535.034			
LOCALIDADE			
SÃO DOMINGOS			
DATA			
12/03/06			
NOME COMPLETO			
Luiz Sergio Munari			
NOME COMPLETO			
Dr. Luiz Sergio Munari			
Médico			
Ortopedia e Traumatologia			
CRM-41.525-0/075196860			



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO SEBASTIÃO

Lotação		Retro Contá Corrente		Mês
109 - CREC DIVA BERNARDINO-CAN MAR		0151 1200051-2		01/2006
Matrícula	Nome do Funcionário			Salário Base
027448	ESTER DOS SANTOS			562,07
Cargo	Ret/Grau	CPF		
GARI	0107	784 201 568-68		
Descrição	Horas/Dias	Valor	Not	
001 VENCIMENTO	220,00	562,07	VENC	
031 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	453,28	54,39	VENC	
060 QUINQUENIO	2,00	56,20	VENC	
544 PARCELA ADTO (130SLR)	12/12	336,33	VENC	
1007 ARREDONDAMENTO ATUAL		1,31	VENC	
309 S.S.P.M (VAI E CARI)			29,00	DESC
314 S.S.P.M.	2,00		11,24	DESC
318 EMPRESTIMO N.C.N.B.	7/9		57,63	DESC
324 VERTICON SEGUROS			39,99	DESC
326 PRESTACAO CASA PROPRIA	7/251		118,41	DESC
839 F.A.P.S. - 8%	8,00		49,46	DESC
1008 ARREDONDAMENTO ANTERIOR			0,57	DESC
Base FAPS	Base INSS	Base IRRF	Faixa IRRF	
618,27		623,20		
Total Remuneração	Total de Desconto	Total Liquido	704,00	
1.010,30	306,30			
Mensagens:				
"ATENÇÃO"				
- AGORA SUA MATRICULA POSSUI MAIS UM NUMERO -				



Mitsui Sumitomo Seguros

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA

Nº DO SINISTRO =

EU Edna dos Santos PORTADOR (ORA) DO RG Nº 8708220 E,
CPF Nº. 784.201.568-68 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR DE
RS _____ REFERENTE A
INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: D.I.T. APÓLICE
Nº. 91.000 00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR O
RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

NOME DO BANCO = NBSA CAIXA NOSSO BANCO

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA 01694 Nº DA C/CORRENTE 01.200951-2

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

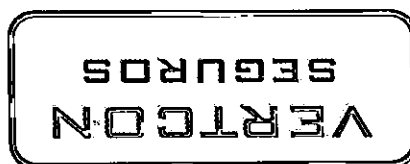
NOME DO BANCO = _____

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ Nº DA C/POUPANÇA _____

DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO
O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS
FORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR
DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Sebastião 12/05/06.
LOCAL E DATA

Edna dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Bandeirante
energias do brasil

Bandeirante Energia S.A.
Rua Bandeira Paulista 530
04532 001 Chácara Itaim São Paulo SP
www.bandeirante.com.br

CNPJ 02.302.100/0001-06
Insc. Estadual 115.026.474.116
Inscrição Unica Regime Especial
Processo SF-5-13753/2000

Cliente / Endereço do Cliente

Nome
MARTA DOS S ARAUJO

Endereço
R S BENEDITO 670 C 1

TOPOLANDIA
SAO SEBASTIAO SP

Emissão
03.04.2006

Apresentação
06.04.2006

Vencimento
20.04.2006

Roteiro de Leitura

B01SE02M00271

Medidor
5229894

Dados da Instalação / Dados da Conta

Número da Instalação

33447292

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

919769

Classificação
RESIDENCIAL

Residencial Convencional

Tensão Contratual

220 V MONOFASICO

Período de Faturamento

leitura anterior
01.03.2006

leitura atual
03.04.2006

previsão próxima leitura

04.05.2006

Mês de Faturamento
Abril / 2006



51690772

A Resolução Aneel nº 24, de 27/01/2000, garante ao cliente o direito de receber uma compensação financeira sempre que ocorrer violação dos padrões de continuidade do fornecimento para a unidade consumidora (DIC/FIC/DMIC).

Cliente / Local da Conta

Nome
MARTA DOS S ARAUJO

Endereço Elétrico

R S BENEDITO 670 C 1

CNPJ/CPF

12473412839

Inscrição Estadual

Inscrição Rural

TOPOLANDIA
SAO SEBASTIAO - SP

Continuidade de Distribuição de energia elétrica
conj aneel: Litoral Norte - Fevereiro/ 2006

Metas					Apurado				
DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC	DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC
3,60	2,70	17,00	8,00	9,00	0,59	0,55	0,28	1,00	0,28

Consumos Mensais Anteriores (kWh)

MAR/2006-000052	SET/2005-000052
FEV/2006-000055	AGO/2005-000088
JAN/2006-000024	JUL/2005-000082
DEZ/2005-000054	JUN/2005-000068
NOV/2005-000065	MAI/2005-000106
OUT/2005-000084	ABR/2005-000086

Detalhes de Faturamento

Consumo	Valor	Preço Unitário (R\$)	Total (R\$)
Consumo Baixa Renda	30,0000	0,09349000	2,80
Consumo Baixa Renda	40,0000	0,16026000	6,41
Consumo	70,0000	0,27484000	19,24
Desconto concedido Baixa Renda			10,03
Conta Março/2006			6,82
PIS/PASEP e COFINS			0,50
Medidor	5229894		
Leitura Anterior	4.334		
Leitura Atual	4.404		
Constante		1,00000	
Multiplicação			70,0000
Quantidade Registrada			

Mensagens

Detalhamento do Consumo R\$

Energia	4,14
Distribuição	3,44
Transmissão	0,75
Enc. Setoriais	0,88
Imp/Tributos	0,50
Total	9,71

Total a Pagar :

16,53

Reservado ao Fisco : AC95.93D2.3718.35DA.21C4.1938.DDD4.CA3 Referência para débito automático: 100334472926