

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2016

Carta nº 8782588

a/c: JOSE IVAN NUNES CASTRO

Sinistro: 3150738316
Vitima: JOSE IVAN NUNES CASTRO
Data Acidente: 09/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE ...

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Luan Nunes Castro
DATA DO ACIDENTE 09/07/15 CPF DA VÍTIMA 418.729.093-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É José Luan Nunes Castro

ENDEREÇO DO PORTADOR Alvaros de Alencar

Nº 06 COMPLEMENTO Carilto Bompoma

CIDADE Santa Helena UF CE CEP 60.311-750

E-MAIL TELEFONE (85) 3283-2904

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

21 AGO 2015

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010310134673
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM BNTRC EXERCÍCIO
GUST 01 992842441 0000000000 2014

NOME
JOSE IVAN NUNES CASTRO

FORTALEZA/CE

41872509304

PLACA
OSB1787

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2KC1680ER457170

ESPÉCIE/USO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO ABILIC

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG150 FAN ESDI

2013

2014

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/149CC

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/CQTAS

I
P
V
A

FAIXA P.V.A.

PARCELAMENTO/GOTAS

1ª

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA

LOCAL

DATA

16/04/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU



CE Nº 010310134673 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA CPF/CNPJ PLACA
01 41872509304 OSB1787

RENAVAM MARCA/MODELO
992842441 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. COTA ÚNICA Nº CHASSI
2013 09 9C2KC1680ER457170

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURODPVAT
MOTOR: KC16E257170
CNPJ: 09.248.608/0001-04
www.seguradotalider.com.br

CONTRAN DENATRAM

JUL-2013

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

21 AGO. 2015

PÁGINA:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE IVAN NUNES CASTRO

DOCUMENTO / ORGÃO EMISSOR
250442928694 ME CE

CNPJ
418.725.093-04 DATA NASCIMENTO
10/06/1974

RELACAO
FRANCISCO DOS SANTOS
CASTRO
FRANCISCA NUNES CASTRO

PERMISSAO ACC CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
04401788237 VALIDADE
10/06/2018 1ª RENOVAÇÃO
10/07/2008

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
14/06/2013

6066226-066
CE1361506674

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
749456099

PROIBIDO PLASTIFICAR
749456099

TEL. CONTATO E MARCAÇÃO DE PERICIA:
(085) 3483.2904 (085) 8534-5824
SORAYA

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

21 AGO. 2015

09

PÁGINA: _____



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: JOSE IVAN NUNES CASTRO

Idade: 41

Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Data: 10/07/15 12:29

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA



Atendimento 3077460
Prontuario 7839608

ANAMNESE

Exames Físico

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

Evolução Médica

Prescrição Médica Nº 7166745

1- PROFENID IM (50.0mg/ml)

100mg

2ML

Agora IM

CRM-11506

R3001

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA 10/07/2015 12:30

10.1.22.151

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Dr. Thiago Aguiar Cavalcanti de Oliveira
CRM-11506 7839608

Carimbo / Assinatura profissional

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Médico(a)

CRM-11506

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

21 AGO. 2015

5

PÁGINA: _____

**FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL**

Paciente: JOSE IVAN NUNES CASTRO

Idade: 41

Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Data: 10/07/15 12:29

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Atendimento
Prontuário30774601
7839608**ANAMNESE****Exames Físico**

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

32030096 - Rx Cotovelo

E41563170 - 30711010 - Imobilizacoes N/Gessadas -

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica Nº 7166745

1- PROFENID IM (50.0mg/ml)

100mg

2ML

Agora

IM

CRM-11506

2- IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT

1

1 Vez

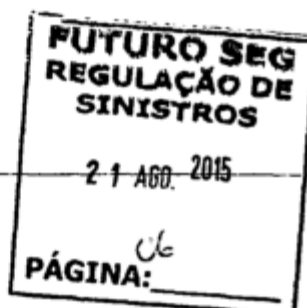
CRM-11504

R3001

GERSON DA SILVA PORTO

13/07/2015 15:55

10.1.22.150

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Médico(a)

CRM-11506

Impresso por: GERSON DA SILVA PORTO

Em: 13/07/2015 15:55

CONFERE O PRONTUÁRIO

MARLIO 3703



FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

Pacientes: JOSE IVAN NUNES CASTRO

Idade: 41

Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Data: 10/07/15 12:29

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Carteira: 27612000409009

Prontuario 7839608

Atendimento 30774601

Exames Físicos

Peso(Kg): Temperatura(°C): Pressão: /

Evolução de Enfermagem

Acomodação	Leito	Data Hora	Entrada	Data Hora	Saída
SALA DE GESSO	1	10/07/2015	13:22	10/07/2015	13:22

Prescrição Médica

1 PROFENID IM (50.0mg/ml) 100 mg 2 ML Agora IM

Horários: 13:22

2 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT 1 1 Vez

Horários: 13:22

Materiais e Medicamentos utilizados

Imobilizacoes Nao-Gessadas (Qualquer Segn

ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	1
CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1	200
ALGODAO ORTOPEPEDICO (ATAD. 10CM) R	3
ESPARADRAPO TUBO 450 CM	90
ETER FRAS 1000 ML	20
MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	300
	1
CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	200
GAZE SECA 7.5 X 7.5 NAO ESTERIL PCT 500	10

PROFENID IM

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2
PROFENID 100MG IM AMPL 2 ML	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1
AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	1

Outras Anotações

Assinatura do auxiliar de Enfermagem

WELLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO

Enfermeira(o)

COREN-2545

Impresso por: WELLINGTON QUEIROZ DO Em: 10/07/2015 13:22

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

21 AGO. 2015

PAGINA:

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 19499132

1 - Registro Ans ANS nº 368352	3 - N. Guia Principal 19499132	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Gui 10/07/2015
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira 27612000409009	9 - Plano PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENF	10 - Validade da Carteira 25/08/2016	11 - Nome JOSE IVAN NUNES CASTRO	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---	---	-------------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 5874946000109	14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE	15 - Código CNES 2415631
--	--	-----------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Conselho Profissional CRM	19 - UF CE	20 - Codi
--	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	-----------

DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação 10/07/2015 12:26	22 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 T009	24 - Indicação Clínica TRAUM SUPERF MULT NE
---	---	---------------------	--

25 - Tabela 2	26 - Código do Procedimento 06	27 - Descrição 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	28 - Qtd. Solic. 1
------------------	-----------------------------------	---	-----------------------

Tubo Axilar

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. IBGE	39 - CEP	40 - C
41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 92572448300	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 11104	44 - UF CE	45 - Código CBO 8	46 - Grau de Partici		

DADOS DO ATENDIMENTO

47 - Tipo de Atendimento 4	47 - Indicação do Acidente 2	48 - Tipo de Saida 5	49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------	--	---

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

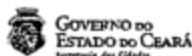
51 - Data 10/07/2015	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GE	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red. / Acrecimo	61 - Valor Unitario - R\$	62 - Valor Total - R\$ 0,00
-------------------------	-------------------	-----------------	----------	--	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	--------------------------------

63 - Data e Assinatura do Procedimentos em Série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

64 - Observação	AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO
-----------------	--

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Gui
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------------	-------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 10/07/2015	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 10/07/2015	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante 10/07/2015
---	--	---	--

**Nº de Inscrição:**

007877633

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE IVAN NUNES CASTRO

End. Leitura: RU ALVARO DE ALENCAR, 6, CARLITO PAMPLONA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60311-750

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 038

Quadra: 0171

Lote: 0015

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R075619264	1220	1233	13	15

DATAS

Leitura Atual: 18/07/2015 | Emissão: 18/07/2015 | Lacre Água: 232961

Leitura Anterior: 18/06/2015 | Próxima Leitura: 18/08/2015 | Lacre Esgoto: 232961

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	537	537	127	537	537
Analisadas	580	580	580	579	579
Em conformidade	575	578	577	575	579

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO.
(*) DEVOLUÇÃO DE CRÉDITO FINANCEIRO.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	24,39	Mês/Ano Água (m³) Esgoto (m³)
ESGOTO	16,20	JUL/14 13 10
CRÉDITO-PAG. /LANÇAMENTO	-42,38	AGO/14 14 11
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,59	SET/14 13 10
JUL TÁ DE 2%	1,20	OUT/14 14 11
		NOV/14 13 10
		DEZ/14 14 11
		JAN/15 15 12
		FEB/15 16 12
		MAR/15 14 11
		ABR/15 15 12
		MAY/15 17 13
		JUN/15 16 12

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	25,22
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSÍDIO	25,22
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2015	06/08/2015	0,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagafácil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195 nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

**FUTURO SEM
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

21 AGO. 2015

PÁGINA: 14

**Fatura Mensal**

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

3539030520-0771 - 0347

Inscrição: 007877633

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07, 2015

Local: 001

Setor: 038

Quadra: 0171

Lote: 0015

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 06/08/2015

Total (R\$):

0,00

CONTA PAGA



É PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

13/07/2015 15:48:44

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7839608	JOSE IVAN NUNES CASTRO	M	10/06/1974	41
G	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
9010345867 SSP CE	41872509304		2-SOLTEIRO	
Endereço				
RUA ALVARO DE ALENCAR 280 APTO C-6,0 - CARLITO PAMPLONA, FORTALEZA(CE) CEP 60311750				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
27612000409009	25/08/2016	

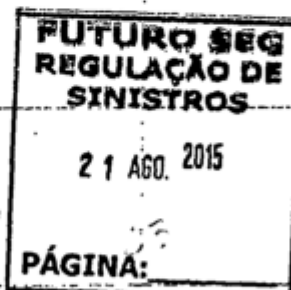
DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/07/2015	12:26		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente	Clínica		
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

Segundo Paciente infoma, vítima de acidente de moto com Trauma em Málux com lesão de Unhas

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Dr. Thiago A. Cavalcanti de Oliveira
CRM 12501/2015



R4310RA - GERSON DA SILVA PORTO

CONFERE O PRONTUÁRIO

MARCIO 3703

Assinatura



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

13/07/2015 15:48:44

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
7839608	JOSE IVAN NUNES CASTRO	M	10/06/1974	41

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
99010345867 SSP CE	41872509304		2-SOLTEIRO

Endereço
R RUA ALVARO DE ALENCAR 280 APTO C-5,0 - CARLITO PAMPLONA, FORTALEZA(CE) CEP 60311750

Telefone Residencial	Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
27612000409009	25/08/2016

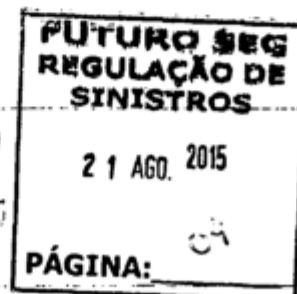
DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/07/2015 /	12:26 /		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

Segundo Paciente infoma, vítima de acidente de moto com Trauma em Málux com Moço de Unha

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Dr. Thiago A. Cavalcanti de Oliveira
Cirurgião Traumatologista
CRM 100000000000000



R4310RA - GERSON DA SILVA PORTO

CONFERE O PRONTUÁRIO

MARCIO 3703

Assinatura



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu José Ivan Nunes Castro
portador da carteira de identidade de nº 250442928694 e inscrito no CPF/MF
sob o nº 418.17251093-04, residente e domiciliado na Rua Alvaro
de Alencar - 06 - Carliete Pamplona Cidade Fortaleza
Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de
apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1 do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Ivan Nunes Castro

Assinatura do Declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza - ce 14/08/2015
Local e Data





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 8150138316

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Juan Nunes Castro

PORTADOR(A) DO RG Nº 250442928694 EXPEDIDO POR Detran EM 10/07/08 E

CPF 418725093-04 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Juan Nunes Castro, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

21 AGO. 2015

PÁGINA: 12

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1620 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1002769-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Fortaleza - 14 de Agosto de 2015
LOCAL E DATA

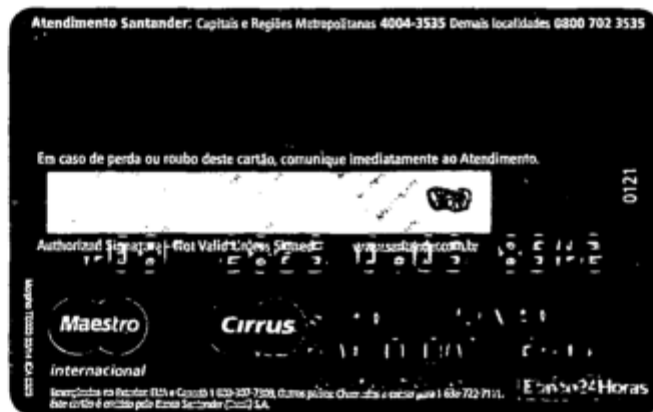
José Juan Nunes Castro
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**FUTURO SEU
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

21 AGO. 2015

PÁGINA: 13