

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Manoel Damiano do Nascimento Neto</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Desempregado</u>	Carteira de Identidade: <u>2003010206189</u>
CPF nº: <u>014.145.903-42</u>	Residência: <u>R. Barba Gato, nº 30</u>	
Bairro: <u>João XXIII</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60525-725</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 29 de maio de 2018.

x Manoel Damiano do Nascimento Neto
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Manoel Damiano do Nascimento Neto,
brasileiro(a), solteiro, desempregado, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2003010206189, e inscrito no CPF/MF sob o nº 014.145.903-42, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Bomba Gato, nº 30, declaro para os devidos fins
que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 29 de maio de 2.018.

* Manoel Damiano do Nascimento Neto

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 687 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **06/02/2018 12:38:37**Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2017 01:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA JULIO BRAGA**Complemento: **C/MENINO JESUS DE PRAGA**Bairro: **JOAO XXIII**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **MANOEL DAMIÃO DO NASCIMENTO NETO**Nascimento: **15/05/1985** CPF: **014.145.903-42**RG: **2003010206189** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ANDRENEIDE FREIRE DO NASCIMENTO****ANTÔNIO SILVA DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA BORBA GATO, 30**Bairro: **JOAO XXIII**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.525-725**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98763-1315****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OZA6551** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC2200GR104569** Renavam: **1077385878** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL DAMIAO DO N NETO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº05776343929, CATEGORIA "A", DETRAN/CE, QUE PILOTAVA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OZA-6551/CE, QUE TRAFEGAVAM PELA RUA JULIO BRAGA C/ A RUA MENINO JESUS DE PRAGA, SENTIDO SERTÃO, QUANDO DESVIU DE UM ANIMAL (GATO) NA VIA, E AO SUBIR A CALÇADA COLIDIU EM UM POSTE, QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Manoel Damiao do Nascimento Neto****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Manoel Damião do Nascimento Neto**, no dia **04/12/2017**, às **01h34min**, na **Rua Júlio Braga c/ Rua Menino Jesus de Praga**, no **Bairro João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P045555/2018**.

Fortaleza, 31 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Haroldo Alves Ponte
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Manoel Damiano do Nascimento Neto

CPF da Vítima

0414590342

Data do Acidente

04/12/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 §1º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sat. 20 de 02 de 18

Local e Data

x Manoel Damiano do Nascimento Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 22/01/2018 16:12:22

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 04/12/2017 01:58:32	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700004148802107	NOME: MANOEL DAMIAO DO NASCIMENTO NETO			Registro: 5540009	
CPF: 01414590342	RG:	D. NASC: 15/05/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ANDRENEIDE FREIRE DO NASCIMENTO			NOME DO PAI: ANTONIO SILVA DO NASCIMENTO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: NATAL		Nº: 744	BAIRRO: HENRIQUE JORGE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 34561030	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60521092	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 62 COND EDUARDO		PARENTESCO: ELENILSON (IRMAO)		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: colisão moto poste. apresenta desorientação, edema de face, trauma fechado ombro E					
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - US
 RAE TIRADA
 DATA 22/01/2018
 MATRÍCULA 13226
 Assinatura

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE Dr. Guilherme C. Fernandes Médico CRM-CE 10000	
Paciente: <u>Marcos Daniel de Albuquerque Neto</u>			
Endereço: <u>Rua Natal 747, Ladeira da Torre</u>			
Prescrição: <u>2 JS ouz</u>			
<u>① Referência SS - UOSP</u> <u>3 GP Glor por 10 dias</u>			
Data: <u>5/11/17</u>		Carimbo e Assinatura do Médico  Dr. Guilherme C. Fernandes Médico CRM-CE 10000	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FONECEDOR	
Nome:		Data: / /	
No Ident.:		Fornecedor:	
UF:			
Endereço:			
No:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr.

RECEITUÁRIO

Paciente: MANOEL DAMIÃO N. NETO
BE / Prontuário: _____

Frat. CLAVICULA (E).

1170777 NO DIA 22/01/18

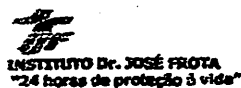
9) 15h

Dr. Sângelo Andre Ribeiro Abreu
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CREMEC 6361

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.



RECEITUÁRIO

Nome: Marcos Damazio Nascimento Neto BE/Prontuário: _____

Sintetorpi motor 2000000

Justificativa: Fratura CERVICAL (E)

7

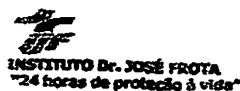
Leonardo Pierre Quental
ORTOPEDIA
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM 9114

Data: 22/01/18

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000-883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).



RECEITUÁRIO

Nome: Marcos Demétrio Nascimento Neto BE/Prontuário: _____

Paciente em processo de consolidação de fratura de calcâneo (E) em meio de reabilitação. Segue exames de refortamento do tornozelo 542.0

Data: 22/05/18

Leonardo Pierre Quental
ORTOPEDIA
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM 3114

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/05/2018 às 16:29, sob o número 01360627520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136062-75.2018.8.06.0001 e código 3730019.

Diagnóstico: Suspeita de Fratura
da clavícula

Tratamento: CNO
sem
SW
-
C
MC

Obs.:
Adriana Conceição
Fisioterapeuta

13

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	01/08/18	[assinatura]
02	02/08/18	[assinatura]
03	03/08/18	[assinatura]
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr.

RECEITUÁRIO

Paciente: MANOEL DAMIAO N. NETO
BE / Prontuário: _____

Frat. CLAVICULA @

Atenção no dia 22/01/18

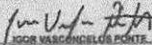
91 11h

Dr. Sângelo André Ribeiro Abreu
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CPEMREC 6364

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 Versão 2 - 01/DEZ./17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MANOEL DAMIAO DO NASCIMENTO NETO	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2003010206189 SSP CE
	CPF 014.145.903-42
	DATA NASCIMENTO 15/05/1985
FUNÇÃO ANTONIO SILVA DO NASCIMENTO ANDRENEIDE FREIRE DO NASCIMENTO	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. ☒ ☐ ☐	
Nº REGISTRO 05776343929	VALIDADE 12/01/2018
1ª HABILITAÇÃO 11/05/2013	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Manoel Damiao do Nascimento Neto</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 17/11/2014
 IGOR MACANCELLOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR	09610730984 CE144687348
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1029140540

PROIBIDO PLASTIFICAR
1029140540

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013402062207 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 **DATA EMISSÃO** 12/07/2017

PLACA 02A6551

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

RENAVAM 1077385878 **ANO FAB.** 2015 **CAT. TARIF.** 09

VIA 01 **CPF / CNPJ** 01414590342

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 81.29	DENATRAN (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.70	TOTAL DO BILHETE DO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 22/03/2017

LOTE/DOC. 206145/55 **LACRÊ** 15278832 **MOTOR:** KC22E0G104569

PROFISSIONAL **SEGURO DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013402062207 **CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

WALDOI **COD. RENAVAM** 1077385878 **R.N.T.R.C.** 00000000000 **EXERCÍCIO** 2017

MANOEL DAMIAO DO N. NETO

DETRAN - CE **FORTALEZA/CE**

PLACA ANT. / UF 01414590342 **PLACA** 02A6551

CHASSI 9C2KC2200GR104569

ESPECIE TIPO **COMBUSTIVEL**

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI **ANO FAB.** 2015 **ANO MOD.** 2015

CATEGORIA PARTIC **COR PREDOMINANTE** VERMELHA

COTA UNICA **VENC. COTA UNICA** **VENC. / COTAS** **1ª** **2ª** **3ª**

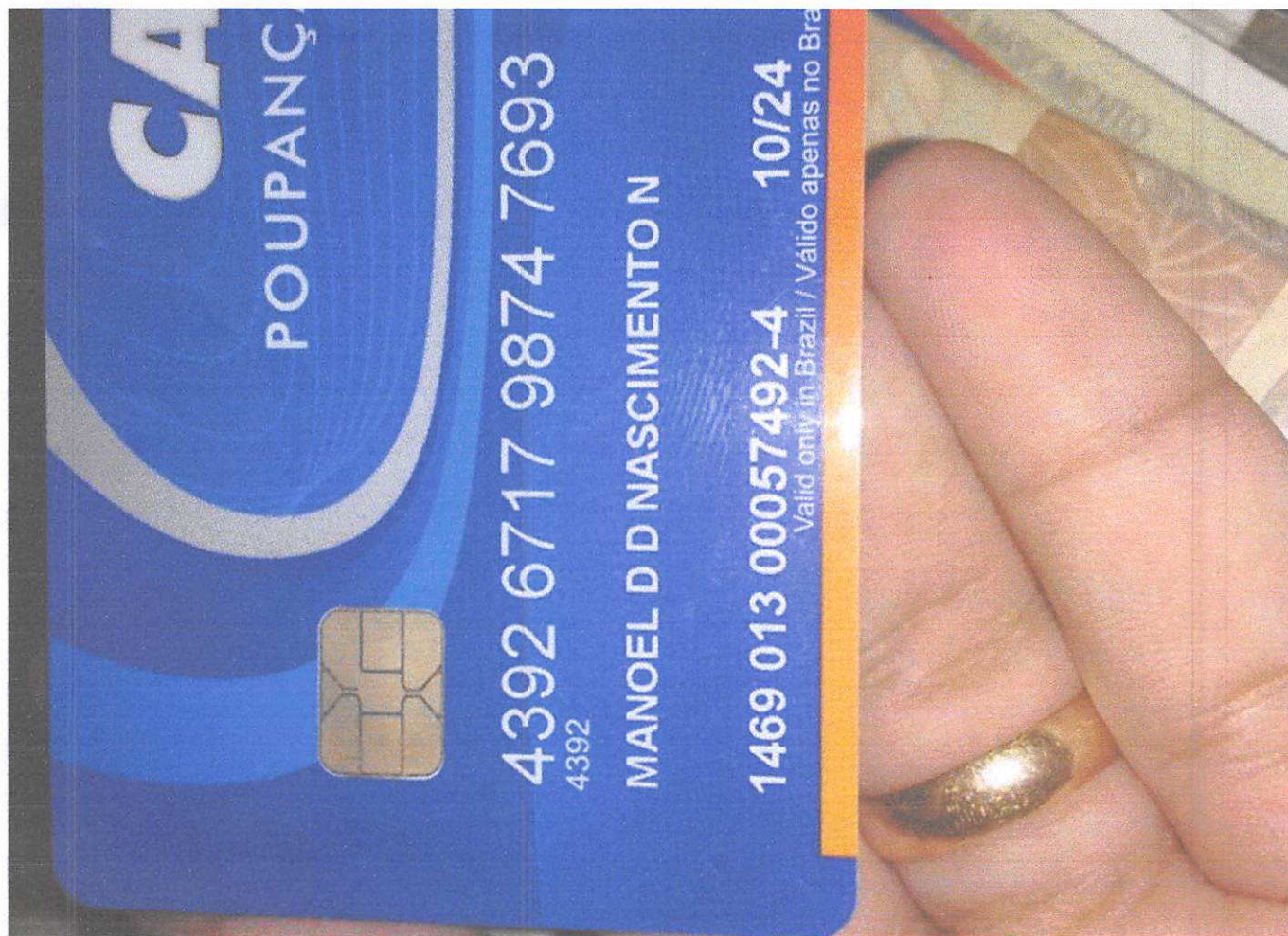
PREMIO TOTAL (R\$) 185.50 **DATA DE PAGAMENTO** 22/03/2017

IOF (R\$) 0.70 **PREMIO TARIFARIO (R\$)** 180.65

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

12/07/2017





2º Via
Nº de Inscrição:
0004591534

DADOS DO CLIENTE

Nome: MANOEL DAMIAO DO NASCIMENTO NETO
End. Leitura: RU BORBA GATO, 30, JOAO XXIII
Cidade: FORTALEZA **CEP:** 60.525-725
End. Entrega:
Cidade: **CEP:**
Local: 001 **Sector:** 032 **Quadra:** 0008 **Lote:** 0280 **Comp:** 0000
Subsector: **Subquadra:**

ECONOMIAS

Residencial: 001 **Comercial:** 000 **Industrial:** 000 **Pública:** 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A09F099028	882	886	4	4

DATAS

Leitura Atual: 15/05/2018 **Emissão:** 29/05/2018 **Lacre Água:** 9044180
Leitura Anterior: 16/04/2018 **Próxima Leitura:** 14/06/2018 **Lacre Esgoto:** 9044180

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analizadas	543	543	543	541	541
Em conformidade	533	533	531	512	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 4 m3 | **META:** 10 m3.
Constatamos debito de R\$ 90,56. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		24,40	MAI/2017	3	2
ESGOTO		19,52	JUN/2017	5	4
MULTA DE 2%	1/1	0,88	JUL/2017	5	4
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,53	AGO/2017	5	4
			SET/2017	5	4
			OUT/2017	7	5
			NOV/2017	5	4
			DEZ/2017	3	2
			JAN/2018	4	3
			FEV/2018	5	4
			MAR/2018	5	4
			ABR/2018	5	4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,43
COFINS	2,16

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	69,71
VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
VALOR TOTAL A PAGAR	45,33

MÊS/ANO

05/2018

VENCIMENTO

05/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,33

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. **Outros:** PagFácil. 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 lojas 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**.



Fatura Mensal
Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004591534 **Código de Responsável:** **Mês/Ano:** 05/2018
Local: 001 **Sector:** 32 **Quadra:** 0008 **Lote:** 0280 **Comp:** 0000
Subsector: **Subquadra:**
Cidade: FORTALEZA **Vencimento:** 05/06/2018 **Total (R\$):** 45,33

82620000000-6 45330009800-2 00459153401-3 01008831025-4



EMISSION : ATENDIMENTO VIRTUAL29/05/2018 10:54:27

SINISTRO 3180118352 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL DAMIAO DO NASCIMENTO NETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MANOEL DAMIAO DO NASCIMENTO NETO
CPF/CNPJ: 01414590342

Posição em 29-05-2018 10:56:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/03/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50