

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA
CPF: 0009.218.873-70
ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: DO LAR

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o **NCPC em seus arts. 98, 99, §1º, § 3º e §4**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
inscrito (a) no CPF sob o nº _____, **DECLARO** para os devidos fins de
comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e
domiciliado
na _____
_____ BAIRRO _____ -
_____, CEP _____, na cidade de _____, ____,
Estado-CE.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista
no **art. 299** do Código Penal, *in verbis*:

Francisca Daniela Sampaio de Sousa

DECLARANTE

OUTORGANTE:

Nome completo: FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: DO LAR

Estado Civil: CASADA

RG: _____ CPF: 009.219.873-70

Endereço: RUA NOVA CONQUISTA, 1577, PASSARE, CEP: 60.862-098

Telefone: _____

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE nº 34.075, com endereço profissional na Rua Tenente José Newton, nº 186, Messejana, CEP 60.841-250, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento de mandato o outorgante acima qualificado, constitui e nomeia como seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com os poderes conferidos pela cláusula "ad judicium et extra", podendo, também, confessar, desistir, transigir, receber, dar quitação, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante, em especial nos autos do processo número _____, que tramita perante a _____ Vara, _____, da Comarca de _____ podendo agir em conjunto ou separadamente, enfim, praticar todos os atos que sejam necessários ao bom desempenho do presente mandato, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Francisca Daniela Sampaio de Sousa
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4453734 CTPS CE

CPF
009.218.873-70

DATA NASCIMENTO
02/09/1984

FILIAÇÃO
DANIEL CARNEIRO DE SOUSA
MARIA EUNICE SAMPAIO

PERMISSÃO
ACC CATAB.
AB

Nº REGISTRO
06025164503

VALIDADE
26/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
20/03/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Francisca Daniela Sampaio de Sousa

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
23/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PONTE

64449698136
CE149829078

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1158447602

PROIBIDO PLASTIFICAR
1158447602

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 FEV. 2018
ASS.

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA

End. Entrega: RU NOVA CONQUISTA, 1577, B ALTOS, PASSARE

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60862-098

Cidade Entrega:

Local: 001 Selo: 095 Códigos: 0059 Lote: 0206 Carga: 0001
Subsistema: 00 Subproduto: 00

RECONHECIMENTO: Residência: 001 Condomínio: 000 Indústrias: 000 Párea: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: Medidor: 12F353469 Leitura Anterior: 473 Leitura Atual: 480 Volume: 7 Medida Sequencial: 10

DÍGITO

Leitura Atual: 11/12/2017 Leitura Anterior: 11/12/2017 Leitura Anterior: 1714806
Leitura Anterior: 11/11/2017 Leitura Anterior: 11/01/2018 Leitura Anterior:

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2017

Nº de habitantes	Código	Valor	Código	Valor	Código
5-11	541	541	12-18	541	541
12-18	556	556	19-25	556	556
26-32	553	553	33-39	553	553

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Valor (R\$)
ÁGUA	23,10	AGO/17	12
PARCELAMENTO DE DEB 2/5	17,83	SET/17	12
		NOV/17	8

TRIBUTOS SOBRE O FATORIAVEL	Valor (R\$)	VALORES	Valor (R\$)
PIS	0,38	VALOR DO SERVIÇO	56,53
COFINS	1,95	VALOR DO SUBSÍDIO	15,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	40,93

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2017	03/01/2018	40,93

356615075275102 L: 6046 H: 10:22:08 R: 096 P: 001

Control de Atendimento

Cagece 0600 275 8195

Cagece MOBILE

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 8195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 3101.1918. Site de ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Aracaju: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 8195.



09 FEV. 2018

ASS:

DADOS DO CLIENTE: 356615075275102 - 6046

Local: 001 Selo: 095 Códigos: 0059 Lote: 0206 Carga: 0001

Subsistema: 00 Subproduto: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 03/01/2018

Total (R\$): 40,93

82610000000 7 40930009700 6 00866078600 8 02000622015 4





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 149 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/01/2018 11:46:41**
Data / Hora da Ocorrência: **03/06/2015 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SAM MARIA**
Complemento: **C\RUA GERALDO BARBOSA**
Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **CHURRASCARIA SONRISAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA**
Nascimento: **02/09/1984** CPF: **009.218.873-70**
RG: **2002009153257** Orgão Emissor: **SSPDC**
Filiação: **MARIA EUNICE SAMPAIO**
DANIEL CARNEIRO DE SOUSA
Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA, 1577**
Bairro: **PARQUE SANTO AMARO (PARTE DO BOM JARDIM)**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.862-098**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98836-6259**

LISIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
UF:
09 FEV. 2018

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIG4679** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0540DR109231 Renavam: **497369907** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **VITOR FRANKLIN DA SILVA FILHO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE A DECLARANTE ESTAVA SOZINHA PILOTANDO A MOTO DE PLACAS
OIG4679 DE PROPRIEDADE DE VITOR FRANKLIN DA SILVA FILHO, QUE
TRAFEGAVA NA RUA: SAM MARIA, SENTIDO\PRAIA, QUANDO UMA MOTO SEM
PLACAS ANOTADAS QUE ESTAVA NA PREFERENCIAL APARECEU E A
DECLARANTE COLIDIU COM O MESMO, QUE COM A COLISÃO A
DECLARANTE CAIU E SE LESIONOU, QUE FOI SOCORRIDA POR UM AMIGO
PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ONDE
A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

DOCUMENTO
ORIGINAL

SINISTRO 3180070946 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA

CPF/CNPJ: 00921887370

Posição em 05-03-2018 14:14:26

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/03/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/02/2018	Interrupção de Prazo	
15/02/2018	Aviso de Sinistro	

ATO

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBERANÇA DE FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza

1500334268	03/06/2015 19:31:07	FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		NOTURNO		2
Paciente FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA		Data Nascimento 02/09/1994	Sexo F	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA	CNPJ	CPF	Prontuário 00171960
Tipo Doc Documento		Yrigão Emissor	Data Emissão	Pai DANIEL SAMPAIO DE SOUSA	Naturalidade FORTALEZA - CE	Contatos		
Mãe MARIA EUNICE SAMPAIO								
Endereço RUA - NOVA CONQUISTA - 1575 - BOM JARDIM - FORTALEZA - CE								
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE	Nº da Consulta	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	Cardiologia URGÊNCIA	Pr. fisical do Atendi	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Exatidão de Escrita	Registrado por MARIA APOLIANE					
Queixa Principal	"Acidente de moto"							
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	Hist. de acidente de motocicleta. Torax / Abdome - N/A glângulas 25. Fract. Exp. pé - D. (4º dedo).							
Exame Físico	Fract. Exp. 4º dedo do pé D.							
Hipótese Diagnóstica	1. Lesão pé D.							
SADT - Exames Complementares	RAIO-X () ULTRA-SOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () ASSINATOS							
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
① SF 0.9% — 1000 — 35 gotas/min	(500)		(500)					
② Dipirina 02:18 AD (EU)								
③ Propofol 100mg 1400 — SF 0.9% (EU)	22/8/8							
AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA								
Dr. Glaudio Roberto Barreto Médico CREMEC 12728				Dr. Glaudio Roberto Barreto Traumatologia CREMEC 0250 - TEOT 11057				
Condução ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:								
óbito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () Hosp. Anatomia Patológica ()								
Assinatura do Paciente ou Responsável								
Assinatura do Médico								
Impresso por: reginaldo.ribeiro Data Hora: 03/06/2015 20:12:47 HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL Dr. Glaudio Roberto Barreto Traumatologia CREMEC 0250 - TEOT 11057 Funcionário - MATRÍCULA 5411								

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 FEV. 2018



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/05/2018 às 16:13, sob o número 0136052312018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0136052-31.2018.8.06.0001 e código 37300B0.

1500334268		03/06/2015 19:31:07		FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		NOTURNO		2	
Paciente				Data Nascimento		Sexo		CNS		CPF	
FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA				02/09/1994		F				00171960	
Tipo Doc		Documento		Data Emissão		Sexo		Raça/Cor		Naturalidade	
		yrgão Emissor				F		CASADO(A) PARDA		FORTALEZA - CE	
Mãe				Pai						Contatos	
MARIA EUNICE SAMPAIO				DANIEL CARMELO DE SOUSA							
Endereço											
RUA - NOVA CONQUISTA - 1575 - BOM JARDIM - FORTALEZA - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da consulta		Validar		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Pl. Especial do Atend		Procedência		Temp.		Peso	
		URGENCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Frequência de Sel						Registrado por:	
		DEMANDA ESPONTANEA								MARIA.APOLIANE	
Queixa Principal				☐ Surtido de Fôlego ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC				TOTAL			
				A3 1234 RV 12345 MRV 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)											
Hist. de acidente c/ motocicleta. Torax / Abdome N.O.N.											
glasgow 15. Fract. Exp. pé - D. (4º Dedo).											
Exame Físico											
Fract. Exp. 4º Dedo do pé - D.											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
① SF 0.97 - 4000 - 33 gotas/min (500)				(500)							
② Diprospan 02:18 AD (EV)											
③ Propofol 100mg 1400 - SF 0.97 (EV)				22/05							
AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.											
Médico				Dr. Glaucio Roberto Barreto							
CREMEC 12728				Traumatologia							
CREMEC 12728				CREMEC 8250 - TEOT 11057							
Conduta											
☒ Alta por Decisão Médica				☐ Observação							
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia				☐ Internação							
☐ Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Doenças: ☐ Família ☐ ☐ Anatomia Patológica ☐							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Assinatura do Médico							
Impresso por: reginaldo.ribeiro				Dr. Glaucio Roberto Barreto							
Data Hora: 03/06/2015 20:12:47				Traumatologia							
HOSPITAL DISTRITAL N.º JOSE BARROSO DE OLIVEIRA				CREMEC 8250 - TEOT 11057							
ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL											
Funcionário - Matrícula											



1500334268

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA



1500339804	22/06/2015 08:29:56	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO	8
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA	02/09/1984	30 A 9 M 20 D			00171960	
Tipo Doc: Documento	Yrgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
			F	CASADO(A)	PARDA	FORTALEZA - CE
Mãe	Pai	Contatos				
MARIA EUNICE SAMPAIO	DANIEL CARNEIRO DE SOUSA					
Endereço	RUA - NOVA CONQUISTA - 1575 - BOM JARDIM - FORTALEZA - CE					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
	DEMANDA ESPONTANEA		PAULA ANDRADE			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	17:00h					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica	Fratura da perna					
SADT - Exames Complementares	☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
			LIBIA CORRETORES DE DCA 09 FEV. 2018 ASS:			
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	Destino: ☐ Família		☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: paula.andrade Data Hora: 22/06/2015 08:30:16 HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL 	Dr. Glauco Roberto Barreto Traumatologia CREMEC 8250 - TEOT 11057 					

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA



Prefeitura de
Fortaleza

1500337242		15/06/2015 08:30:06		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO		2	
Paciente FRANCISCA DANIELA SAMPAIO DE SOUSA				Data Nascimento 02/09/1984		Idade 30 A 9 M 13 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Yigão Emissor		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil CASADO(A)		Raça/Cor PARDA	
Mãe MARIA EUNICE SAMPAIO				Pai DANIEL CARNEIRO DE SOUSA		Naturalidade FORTALEZA - CE		Contatos		Prontuário 00171960	
Endereço RUA - NOVA CONQUISTA - 1575 - BOM JARDIM - FORTALEZA - CE											
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: ARNALDO.PINTO		Pressão			
Queixa Principal											
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem											
										GSC	
										TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)										AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO <i>Rx me (D) AP e ob/gine</i>						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
HOSPITAL DISTRITAL M ^{te} JOSE BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL <i>[Assinatura]</i> FUNCIONARIO - MATRICULA 524											
CONDIÇÃO ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:											
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: arnaldo.pinto Data Hora: 15/06/2015 08:31:26											

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA		DETAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA	
PLACA 01-00497-5594		PLACA 01-00497-5594		PLACA 01-00497-5594	
DATA 18/07/2017		DATA 18/07/2017		DATA 18/07/2017	
LOCAL FORTALEZA		LOCAL FORTALEZA		LOCAL FORTALEZA	
CPF / CNPJ 21.023.124-23		CPF / CNPJ 21.023.124-23		CPF / CNPJ 21.023.124-23	
PLACA ANT / UF /CE		PLACA ANT / UF /CE		PLACA ANT / UF /CE	
ESPECIE TIPO POE / MOTOCICLO		ESPECIE TIPO POE / MOTOCICLO		ESPECIE TIPO POE / MOTOCICLO	
MARCA / MODELO HONDA / NX1250		MARCA / MODELO HONDA / NX1250		MARCA / MODELO HONDA / NX1250	
CAP / POT / OIL 25 / 1490C		CAP / POT / OIL 25 / 1490C		CAP / POT / OIL 25 / 1490C	
CATEGORIA PARTIC		CATEGORIA PARTIC		CATEGORIA PARTIC	
VENC / COTA UNICA ** / ** / **		VENC / COTA UNICA ** / ** / **		VENC / COTA UNICA ** / ** / **	
FAIXA / PVX ** / ** / **		FAIXA / PVX ** / ** / **		FAIXA / PVX ** / ** / **	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00		PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00		PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00	
PREMIO TOTAL (R\$) 100,00		PREMIO TOTAL (R\$) 100,00		PREMIO TOTAL (R\$) 100,00	
DATA DE PAGAMENTO 18/07/2017		DATA DE PAGAMENTO 18/07/2017		DATA DE PAGAMENTO 18/07/2017	
COMBUSTIVEL GASOL / ALCO		COMBUSTIVEL GASOL / ALCO		COMBUSTIVEL GASOL / ALCO	
ANO FAB 2017		ANO FAB 2017		ANO FAB 2017	
COR PREDOMINANTE VERMELHA		COR PREDOMINANTE VERMELHA		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
VENC / COTAS 18 / ** / **		VENC / COTAS 18 / ** / **		VENC / COTAS 18 / ** / **	
28 / ** / **		28 / ** / **		28 / ** / **	
38 / ** / **		38 / ** / **		38 / ** / **	
48 / ** / **		48 / ** / **		48 / ** / **	
58 / ** / **		58 / ** / **		58 / ** / **	
68 / ** / **		68 / ** / **		68 / ** / **	
78 / ** / **		78 / ** / **		78 / ** / **	
88 / ** / **		88 / ** / **		88 / ** / **	
98 / ** / **		98 / ** / **		98 / ** / **	
108 / ** / **		108 / ** / **		108 / ** / **	
118 / ** / **		118 / ** / **		118 / ** / **	
128 / ** / **		128 / ** / **		128 / ** / **	
138 / ** / **		138 / ** / **		138 / ** / **	
148 / ** / **		148 / ** / **		148 / ** / **	
158 / ** / **		158 / ** / **		158 / ** / **	
168 / ** / **		168 / ** / **		168 / ** / **	
178 / ** / **		178 / ** / **		178 / ** / **	
188 / ** / **		188 / ** / **		188 / ** / **	
198 / ** / **		198 / ** / **		198 / ** / **	
208 / ** / **		208 / ** / **		208 / ** / **	
218 / ** / **		218 / ** / **		218 / ** / **	
228 / ** / **		228 / ** / **		228 / ** / **	
238 / ** / **		238 / ** / **		238 / ** / **	
248 / ** / **		248 / ** / **		248 / ** / **	
258 / ** / **		258 / ** / **		258 / ** / **	
268 / ** / **		268 / ** / **		268 / ** / **	
278 / ** / **		278 / ** / **			

[illegible]

presente cópia conferé
com o original exibido neste
cartório. Dou fé. Fortaleza,
24 OUT. 2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 FEV. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VITOR FRANKLIN DA SILVA FILHO,RG nº 029771-1-7, cata de expedição 231012902Órgão PM-CC, portador do CPF nº 210232123-15, comdomicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA: MONTE PASCOAL, nº 215,complemento 1020, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FRANCISCO DANIELA S. DE SOUZA cujo o condutor eraFRANCISCO DANIELA SAMPÃO DE SOUZAVeículo: MOTOCICLOModelo: BR02 NXR 150 CSOAno: 2012/2013Placa: 01G 5679Chassi: 9CZK00540 DR109231Data do Acidente: 03/06/2015Local e Data: RUA SAMPÃO U RUA GILMARD BARROSBOM JARDIM

CAVALCANTI FILHO

Vitor F. R. da Silva Filho

Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LID.

09 FEV. 2018

ASS:

Francisca Daniela Sampaio de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Cavalcanti Filho
 Rua 7 de setembro, 160 • CEP: 60.720-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
 Fone: (85) 3245-0541 • Fax: 3245-1908 • e-mail: ccavalcanti@loxxmail.com.br

Reconhecido por autenticidade a firma abaixo:
VITOR FRANKLIN DA SILVA FILHO
 e Dou fé. Fortaleza, 29 de novembro de 2017, 09:38:29. Cod.: (1026898562324)
 Regina Marcia da Guia Farias (Escrivente Autorizada)
 Emol.: R\$ 2,58 TAXAS: R\$ 1,58 Total: R\$ 4,16
 Válido somente com o selo de autenticidade

