



Mônica Almeida
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Maria Filiane Silvino Faria brasileiro(a),
estado civil _____, profissão _____ inscrito(a) sob o CPF nº _____
e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua _____, nº _____
Bairro _____, na cidade de Fortaleza, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.: 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 29 de Setembro de 2017.

Maria Filiane Silvino Faria

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com

PROCESSO Nº _____

DECLARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO E RENDA FAMILIAR

A parte autora _____,
declara que a composição de sua renda familiar corresponde ao discriminado no quadro abaixo:

RENDA FAMILIAR

MEMBROS DA FAMILIA RESIDENTE SOB O MESMO TETO

NOME COMPLETO DE CADA MEMBRO DA FAMÍLIA	Grau de Parentesco	Data De Nascimento	Valor da Renda Mensal ou sem atividade remunerada

Endereço do(a) autor(a): _____

Pontos de referência: _____

Fica a parte autora/representante legal, ciente de que será responsabilizada criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

_____, _____ de _____ de 201____.

Assinatura da parte autora/Representante legal

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com



Mônica Almeida
ADVOGACIA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATADA: MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, e MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, OAB/CE 25.813, com endereço profissional à Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, bairro Dionísio Torres, Fortaleza-CE.

CONTRATANTE: _____

CPF _____ .OBJETO DA AÇÃO: Ajuizar Ação
de _____ contra _____

VALOR DO CONTRATO: O **Contratante** assevera que é pobre na forma da lei, na forma do quanto disposto no artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983, não podendo arcar com o pagamento de verba honorária advocatícia, custas processuais e demais despesas emergentes do processo mencionado, sobretudo em face dos encargos que tem para manutenção e sustento de sua família; Diante do quadro acima descrito, o **Contratado**, diante da situação financeira do **Contratante**, aceitam conduzir a ação mencionada sob a égide de "Cláusula quota litis", na forma do que preceitua o **art. 38 do Código de Ética e Disciplina da OAB**;

Pelos serviços ora acertados pagará o **Contratante** o montante pecuniário correspondente a 30% (trinta por cento) das parcelas condenatórias atrasadas recebidas em face da intervenção judicial; E que o valor dos honorários seja pago em RPV separado do RPV do contratante.

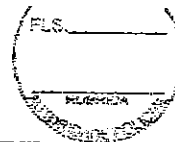
Fortaleza-CE, _____ de _____ de 201_____.

Contratante

Contratado/Advogada



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1492 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/04/2017 15:21:43**
Data / Hora da Ocorrência: **19/11/2015 18:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA**
Complemento:
Bairro: **ARATURI** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO SÃO RAIMUNDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LILIANE SILVINO FROTA**
Nascimento: **08/06/1980** CPF: **010.142.333-05**
RG: **2001010394612** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CÉLIA SILVINO FROTA**
FRANCISCO VALNEY FROTA
Endereço: **AVENIDA SUBLIME, 158 APTO.204**
Bairro: **SIOUEIRA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWQ6252** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MD34003R103049 Renavam: **802208797** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XR 250 TORNADO** Ano
Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **WELLINGTON MATOS DE MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS
SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA REFERIDA. PILOTADA POR
WELLINGTON MATOS DE MOURA, OCASIÃO EM QUE DOIS INDIVÍDUOS EM
OUTRA MOTO SE APROXIMARAM E TENTARAM TOMAR A BOLSA DA
DECLARANTE, MAS NÃO CONSEGUIRAM; QUE NESSA HORA WELLINGTON
PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU JUNTAMENTE COM A DECLARANTE.
APÓS COLIDIR EM OUTRA MOTO NÃO IDENTIFICADA; QUE APENAS A
DECLARANTE SE LESIONOU MAIS GRAVEMENTE, RAZÃO PELA QUAL UM TAXI
FOI ACIONADO E O SOCORREU PARA O HOSPITAL IJF/CENTRO EM
FORTALEZA, ONDE FOI ATENDIDA E ALI PERMANECERU INTERNADA, SENDO
TRANSFERIDA NO DIA 21/11/2015 AO HOSPITAL PRONTO SOCORRO DOS
ACIDENTADOS (PSA), ONDE FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.
NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

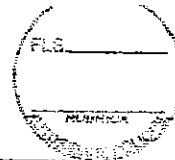
Pág. 1 de 2

Impressão em: 27/04/2017 15:35:47

317031697
18.10
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/11/2018 às 19:02, sob o número 01796373620188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0179637-36.2018.8.06.0001 e código 4081B77.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1492 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

FELIPE PORTO SEGUNDO - MAT.: 300588-1-6

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impresso em: 27/04/2017 15:25:47

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2906-8 - AV.OSORIO DE PAIVA (CE), inscrita no CNPJ n.º 000.000/4930-15, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-11, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: **MARIA LILIANE SILVINO FROTA**, inscrito(a) no CPF sob o nº **010.142.333-05**, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de SOBRAL CE, nascido(a) em **08/06/1980**, filho(a) de **FRANCISCO VALNEY FROTA** e **MARIA CELIA SILVINO FROTA**, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. **2001010394612**, emitido(a) em **19/04/2011**, pelo(a) SSP CE, vendedor praticista e caixeiro viajante, endereço residencial: **AV SUBLIMAR 158 APT 101, SIQUEIRA, FORTALEZA - CE, CEP 60.544-770**, telefone(s) **(85) 98412-5151**, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 2906-8, Conta-Corrente n.º 29.645-7, Poupança Ouro n.º 510.029.645-X e Poupança Pouplex n.º 960.029.645-1, conta individual, aberta em 21.08.2017.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão à Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao **Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.**
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços tarifas individualizadas; (b) fará jus sem onus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

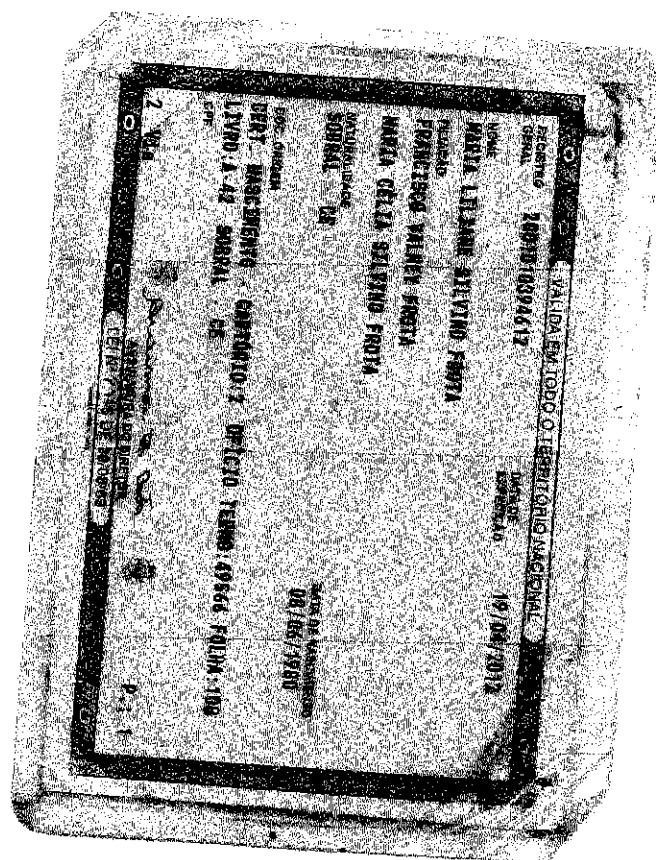
Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado aceita** abertura de conta-corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 882.618, em 15/08/2014, que integram este contrato, e também, com as informações essenciais Conta-corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

Maria Liliane Silvino Frota





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 19/04/2017 9:20:52

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 19/11/2018 19:39:24	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 696004879487076	NOME: MARIA LILIANE SILVINO FROTA			Registro: 5410266			
CPF:	RG:	D. NASC: 08/05/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ANA CELIA SILVINO			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: FRANCISCO CARVALHO		Nº: 1042	BAIRRO: CANINDEZINHO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60450270		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: RAJANA		PARENTESCO: CUNHADA		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, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: trauma mto e mto há 4 horas, ang15							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
SERVIÇO DE PROTOCOLOS - JUF RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 19/11/2018 ATRIBUIÇÃO 13826 SERVIDORIA							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Dr. João Paulo Pinheiro Araújo
Médico Especialista Ortopedia
CRM 14434

SINISTRO 3170316973 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARIA LILIANE SILVINO FROTA****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-
Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** MARIA LILIANE SILVINO FROTA**CPF/CNPJ:** 01014233305**Posição em 18-08-2017 15:13:26**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/08/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres

Fortaleza-Ce Tel. 3244 – 2144 Fax 3224-7225

e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

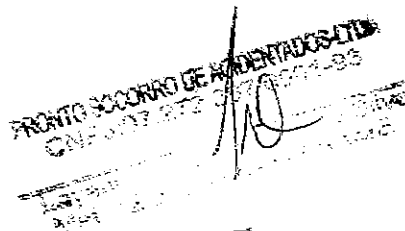
Atesto e declaro que MARIA LILIANE SILVINO FROTA, prontuário Nº 159132, deu entrada neste Hospital dia 21/11/15, com acompanhamento médico de DR. FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FÊMUR CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 29/11/15, retornou dia 01/02/16 submetido a tratamento cirúrgico de retirada de material CID Z 47.0, recebeu alta hospitalar 01/02/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias. Evolui com pseudo-artrose.

Fortaleza, 18 de abril de 2017

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Valtério Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193





PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 3244 – 2144 Fax 3224-7225

e-mail psahosp@veloxmail.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

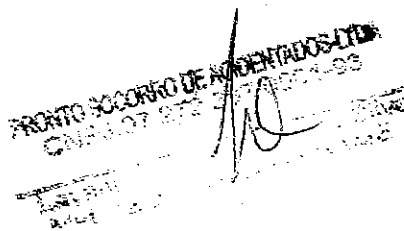
Atesto e declaro que MARIA LILIANE SILVINO FROTA, prontuário Nº 159132, deu entrada neste Hospital dia 21/11/15, com acompanhamento médico de DR. FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Paciente internado com laudo médico de FRATURA DO FÊMUR CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 29/11/15, retornou dia 01/02/16 submetido a tratamento cirúrgico de retirada de material CID Z 47.0, recebeu alta hospitalar 01/02/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias. Evolui com pseudo-artrose.

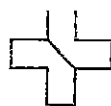
Fortaleza, 18 de abril de 2017

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Valtério Pinheiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6193





MINISTÉRIO DA SAÚDE
DATASUS

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)
NOME DO HOSPITAL
PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA

Nº DA AIH		PRONTUÁRIO	
REGISTRANTE	MÉDICO		LEITO
COD. SOLICITAÇÃO	DATA DE INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	
NOME DO PACIENTE MARIA LILIANE SILVINO FROTA			
NOME DO PAI			
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO DO PACIENTE			
CNS	BAIRRO	MUNICÍPIO	
CEP	UF	DATA NASCI.	SEXO
			☒ M ☐ F
TELEFONE		RG/CPF/OUTROS	
NOME DO RESPONSÁVEL		ASS. DIRETOR CLÍNICO	
CPF MÉD. SOLICITANTE	DADOS DA INTERNAÇÃO CPF DIRETOR CLÍNICO		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Acute opened in
pubis in fine distal
exchelo // Pulo-ortose

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

- ☐ TRAUMATOLOGIA
- ☐ CLÍNICA CIRÚRGICA
- ☐ PEDIATRIA
- ☐ CLÍNICA MÉDICA
- ☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

PROCEDIMENTO SOLICITADO

C.INT.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

[Handwritten signature and stamp]
Ministro
Ortopedia e Traumatologia
5541 5193



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 19/04/2017 9:20:52

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 19/11/2015 19:39:24

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 898004879487076	NOME: MARIA LILIANE SILVINO FROTA	Registro: 5410266
CPF:	RG:	D. NASC: 08/06/1980
	ESTADO CIVIL:	SEXO: F
NOME DA MÃE: MARIA ANA CELIA SILVINO		RAÇA/COR: Parda
NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FRANCISCO CARVALHO	Nº: 1042
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	BAIRRO: CANINDEZINHO
	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE
		CEP: 60450270

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: RAIANA	PARENTESCO: CUNHADA	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. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas
--

QUEIXAS: trauma msc e mld há 4 horas ,eog15

OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades dor moderada

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.
--

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 - LIP
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 19.1.04.2017
ATRIGULA 13826
Eduardo Moreira
SERVIDOR(A)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
Nº 012460799456
Nº 012460799456
Nº 012460799456

WELLINGTON MOTORS S/A
FOMTALIZA

3607/3241172
PLACA/ANI/UF

PASS/MOTOCICLO/NIPO
MARCA/NOBRO
LINDA/XE 250 TENDINHA

DATA/DT/OIL
24/04/2015
DATA/DT/OIL

NOTA ÚNICA
DATA/DT/OIL
24/04/2015

Assinatura do titular

DATA
24/04/2015

Este documento é válido para a circulação do veículo em todo o território nacional.

CE Nº 012460799456

ESTE É O SEU SIGILHO DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VÍDEO
DE CONTROLES DE FURTO E COLÍSIÃO
WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR
SÃO DPVAT 0800 025 1204

Exibido em 24/04/2015

PREMIO TARIFARIO
Nº 012460799456
DATA/DT/OIL
24/04/2015

PREMIO TARIFARIO
Nº 012460799456
DATA/DT/OIL
24/04/2015

PREMIO TARIFARIO
Nº 012460799456
DATA/DT/OIL
24/04/2015

SEGURODPVAT

NOTA ÚNICA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON MATOS DE MOURA,
 RG nº 96002565557 data de expedição 12/08/2014,
 Órgão SSPD-CE, portador do CPF nº 368.732.411-72, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ESTRAD. URUCUTUBA 2001 - QD2 BL. 4 APT. 5 (SQUEIRA), nº _____,
 complemento APARTAMENTO declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima _____, cujo o condutor era
 _____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

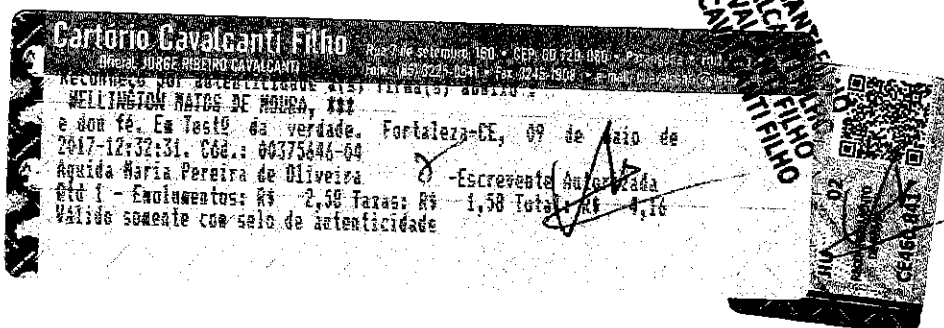
Chassi:

Data do Acidente: 09 MAI 2017

Local e Data:

Assinatura do Declarante

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



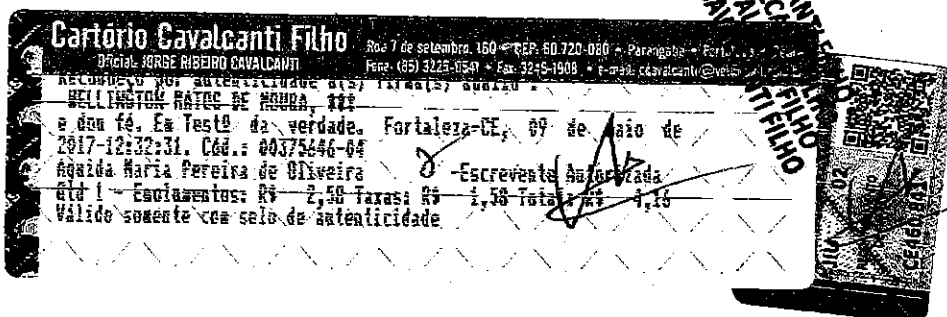
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON MATOS DE MOURA,
 RG nº 96002565557 data de expedição 12/08/2014,
 Órgão SSPD-CE, portador do CPF nº 368.732.411-72, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ESTRAD. URUCUTUBA 2001- QD2 BL. 4 APT. 5 (Siqueira), nº 05,
 complemento APARTAMENTO declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARILILIANE SILVINO FROTA, cujo o condutor era
WELLINGTON MATOS DE MOURA.

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA XR 250 TORNADO
 Ano: 2003
 Placa: HWB 6252
 Chassi: 9C2M034003R103049
 Data do Acidente: 19.11.2015
 Local e Data: 09 MAI 2017

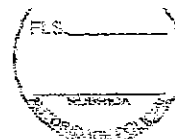
[Assinatura]
 Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1492 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/04/2017 15:21:43**
Data / Hora da Ocorrência: **19/11/2015 18:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SÃO VICENTE DE PAULA**
Complemento:
Bairro: **ARATURI** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO SÃO RAIMUNDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LILIANE SILVINO FROTA**
Nascimento: **08/06/1980** CPF: **010.142.333-05**
RG: **2001010394612** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CÉLIA SILVINO FROTA**
FRANCISCO VALNEY FROTA
Endereço: **AVENIDA SUBLIME, 158 APTO. 204**
Bairro: **SIQUEIRA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWQ6252** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MD34063R103049 Renavam: **802208797** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XR 250 TORNADO** Ano
Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **WELLINGTON MATOS DE MOURA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

A DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA REFERIDA, PILOTADA POR WELLINGTON MATOS DE MOURA, OCASIÃO EM QUE DOIS INDIVÍDUOS EM OUTRA MOTO SE APROXIMARAM E TENTARAM TOMAR A BOLSA DA DECLARANTE, MAS NÃO CONSEGUIRAM; QUE NESTA HORA WELLINGTON PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU JUNTAMENTE COM A DECLARANTE. APÓS COLIDIR EM OUTRA MOTO NÃO IDENTIFICADA; QUE APENAS A DECLARANTE SE LESIONOU MAIS GRAVEMENTE, RAZÃO PELA QUAL UM TAXI FOI ACIONADO E O SOCORREU PARA O HOSPITAL IJF/CENTRO EM FORTALEZA, ONDE FOI ATENDIDA E ALI PERMANECERU INTERNADA, SENDO TRANSFERIDA NO DIA 21/11/2015 AO HOSPITAL PRONTO SOCORRO DOS ACIDENTADOS (PSA), ONDE FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 27/04/2017 15:35:47



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1492 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

FELIPE PORTO SEGUNDO - MAT.: 300588-1-8

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

IMPRESSO EM: 27/04/2017 15:35:47



DADOS DO CLIENTE

Nome: **MR DO SOCORRO B DA SILVA**
 End. Leitura: **RUI PINHO PESSOR, 478, JOAQUIM TAVORA**
 Cidade: **FORTALEZA** CEP: **60135-170**
 End. Entrega: _____

Cidade: _____ CEP: _____
 Local: 001 Setor: 003 Quadra: 0218 Lote: 0225 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R14F074020	564	563	9	8

DATAS

Leitura Atual: 03/10/2017 Emissão: 03/10/2017 Lacre Água: 1817621
 Leitura Anterior: 02/09/2017 Próxima Leitura: 03/11/2017 Lacre Esgoto: 1520148

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enfriadas	541	541	198	541	541
Analisadas	823	823	623	820	820
Em conformidade	613	606	598	602	620

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m³. META: 14 m³.
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
 O pedido de religação de urgência mudou. Agora vai até maio dia.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	22,46			
ESGOTO	20,22			
		OUT/16	8	9
		NOV/16	7	9
		DEZ/16	6	10
		JAN/17	10	10
		FEV/17	7	10
		MAR/17	6	10
		ABR/17	6	10
		MAI/17	12	10
		JUN/17	9	10
		JUL/17	9	10
		AGO/17	7	9
		SET/17	8	9

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
P/S	0,41	VALOR DO SERVIÇO	72,00
COFINS	2,04	VALOR DO SUBSÍDIO	29,32
		VALOR TOTAL A PAGAR	42,68

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2017	13/11/2017	42,68

356615075087202 L: 3665 H: 10:32:12 R: 098 P: 001
 Banco do Brasil, BNB, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagSeguro.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em nome da sua fatura. Ative o serviço. Consulte sua agência.



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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, 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: 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 1915 Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3636.



DADOS DO CLIENTE **356615075087202** - 3665
 Inscrição 000095095 Código de Responsável: _____ Mês/Ano (R: 2017)
 Local: 001 Setor: 003 Quadra: 0218 Lote: 0225 Comp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00
 Cidade: FORTALEZA Vencimento: 13/11/2017 Total (R\$): 42,68

8267000000 1 42680009500 9 00099509501 4 00067522015 5

