



Escritório Fortaleza
 III R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 08, Shopping Cavalcante Plaza Center
 Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
 Fone: (0xx85) 3215-1116
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu
 Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
 Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
 Fone: (0xx88) 3581-1280
 E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA ADJUDICIA

RAIMUNDO ALVES MOURA, BRASILEIRA, SOLTEIRO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG 3101631/96 SSP-CE, INSCRITO NO CPF 022438173-70, RESIDENTE NO SÍTIO SERRA DO FLAMENGO, 370 EST DA ALVADA - SABOIEIRO - CE, constitui seus bastantes procuradores os bels. **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326; **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902 e **DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA**, brasileira, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob nº 25.815 e **JOAO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Plaza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105 e **ROBERTO DE OLIVEIRA LOPES**, brasileira, casado, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 26.512, residente e domiciliado na Rua 04, nº 150, bairro Altiplano, CEP: 635000-000, Iguatu - Ceará, Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

IGUATU /CE, 30 de AGOSTO de 2016.

Raimundo alves moura
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, RAIMUNDO ALVES MOURA, BRASILEIRA, SOLTEIRO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG 3101631/96 SSP-CE, INSCRITO NO CPF 022438173-70, RESIDENTE NO SÍTIO SERRA DO FLAMENGO, 370 SABOIEIRO/CE, declaro para os devidos fins de Direito perante o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, que sou pobre nos termos da lei 1.060/50, não podendo arcar com despesas que por ventura decorram de ação judicial sem comprometer minha digna sobrevivência, responsabilizando-me civil e penalmente por esta declaração, nos termos da lei 7115/83.

IGUATU /CE, 30 de AGOSTO de 2016.

Raimundo alves moura
 DECLARANTE



ESTADO DO CEARÁ

Cartório Ferreira Lima - 1.º Ofício

Raimundo Ferreira Lima - Oficial Titular

José Gilvan Ferreira Lima - Substituto

SABOIEIRO - CEARÁ

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob Nº. 8.559 a fls. 350r,

do livro Nº. A-36 de Registro de Nascimento, encontra-se o assento de

Raimundo Alves Moura
nascido a vinte e um (21) de junho de mil novecentos e
setenta e nove (1979), às 08.00 horas, em Sobogi-
no, Estado do Ceará,
do sexo masculino filho de Antonio Alves
de Moura e Maria Eunice de Moura.

sendo avós paternos Manoel Alves de Moura
e dona Alice Bezerra da Silva
e maternos Quilino Moreira da Silva
e dona Pedrina Maria de Jesus.

tendo sido declarante o pai
e testemunhas Francisco Eudécio Olinda Alves e
Francisco Genivaldo Braga.

O assento foi feito em 09 de agosto de 1981
Observações: Feito na forma da lei.

O referido é verdade e dou fé.



Perícia
no
36-30





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **022.438.173-30**

Nome da Pessoa Física: **RAIMUNDO ALVES MOURA**

Data de Nascimento: **21/06/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/08/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:24:35** do dia **30/08/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **3876.80D8.31D3.F1DE**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA TAREFADA SÉRIE A 1 CN 337126553

Rota **21 16050 50 344000 - 1** Data de Emissão **31/01/2014**

Nome **RATIRUNDO ALVES MOURA**

End. Postal **ST SERRA DO FLAMENGO EST DA AILABA 06370**

SERRA DO FLAMENGO - SABOIEIRO - 03590000

Medidor **25085061** Posição **0000 A765**

Classe **04-RURAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ **022438173-30** CGF

Nome do Responsável

PERÍODO

De **28/02/2014** Até **28/02/2014**

Base de Cálculo (R\$) Alíquota **Valor do Imposto**

ISENTO

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA

Conjuntura **ANTTALINA DO NORTE**

Setor **DEC 2013** Índice **3,75**

Preço **20,42** Fator **1,00**

	Atual	Três	Anual	Mensal	Três	Anual
DIC	11,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	7,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CMIC	6,98			0,00		

6316,547,583,781,750,109,404,7637

VALORES DE CONTINGÊNCIA

Letr. Anual	Letr. Anual	Cont. Consum. (VW)	Cont. Ind. (VW)	Cont. Ind. (VW)	Cont. Ind. (VW)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2200	2200	1,00	65	0,00	30	0,10000	0,10000
					35	0,10050	0,10050

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 20,42

DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -10,53

MULTA MORATORIA REF 11/2013 0,16

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,37

12/03/2014 **10,42**

COMPONENTES DO VALOR DO CONSUMO

Componente	Valor
Energia	5,91
Perdas	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)...	0,71
TOTAL	10,25

importante

PARA PODER VER O VALOR LETURA POR LETURA DIGITAL COM APT 86 RES 414

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURIJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/11/2016 às 14:23, sob o número 01804694020168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0180469-40.2016.8.06.0001 e código 2664329.



GÓVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SABOIEIRO

fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 542 - 438 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/06/2014 11:22:11**
Data / Hora da Ocorrência : **15/03/2014 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SERRA DO FLAMENGO**

NAO INFORMADO SABOIEIRO /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO ALVES MORA**
Nascimento : **21/06/1979**
RG: **310163196** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **02243817330**
Filiação: **ANTONIO ALVES DE MOURA**
MARIA EUNICE DE MOURA
Endereço: **SIT SERRA DO FLAMENGO 370**

SABOIEIRO CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima mencionados vinha pilotando uma moto HONDA CG 125 TITAN VERDE, PLACA GSL 8629, CHASSI 9C2JC250XWR045531, renavam 707627842, Que perdeu o controle do veículo ao passar sobre terreno irregular vindo a cair sofrendo fratura em seu dedo indicador da mão esquerda bem como seu joelho direito e sua mão direita proximo ao dedo mindinho além de vários arranhões pelo corpo, PELO QUE DECLARA SER VERDADE, E nada mais disse;///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SABOIEIRO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : P1 BBDD

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Raimundo Alves Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

AGENOR FREITAS DE QUEIROZ - MAT.: 006295-1-0



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SABOEIRO
Construindo a Cidadania



**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS E
ACIDENTES EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Nº

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação
	15/03/2014	CE	Saboeiro
Dados da Pessoa Atendida	4 Unidade de Saúde	Código (CNES)	5 Data da Ocorrência
	U.M.S.M.B.		15/03/2014
Dados da Pessoa Atendida	6 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59)	7 Nome	
	12:10	Raimundo Alves Moura	
Dados da Pessoa Atendida	8 Data de Nascimento	9 Idade	10 Sexo
	21/06/1979	34	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
Dados da Pessoa Atendida	11 Raça/Cor	12 Escolaridade	
	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	01) Sem escolaridade 05) Ensino fundamental completo 09) Educação superior completa 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 06) Ensino médio incompleto 10) Não se aplica 03) 4ª série completa do EF 07) Ensino médio completo 99) Ignorado 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 08) Educação superior incompleta	04
Dados da Pessoa Atendida	13 Ocupação	14 Como chegou ao hospital?	
	Agricultor	1 - A pé 4 - SAMU 7 - Transp. coletivo 2 - Veículo particular 5 - Ambulância 8 - Outro 3 - Viatura policial 6 - Resgate 9 - Ignorado	2
Dados da Pessoa Atendida	15 Possui algum tipo de deficiência?	16 Se sim, qual tipo de deficiência?	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados da Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Bairro de Residência
	CE	Saboeiro	
Dados da Residência	20 Logradouro (rua, avenida...)	21 Número	22 Complemento (apto., casa...)
	Rua Serra do Flamengo		
Dados da Residência	23 CEP	24 (DDD) Telefone	25 Zona
	63590-010		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Dados da Ocorrência	26 País (se residente fora do Brasil)	27 Intencionalidade	28 Tipo de ocorrência (acidente / violência)
		1 - Acidente/não intencional 2 - Violência/intencional 9 - Ignorado	1 - Acidente de transporte 3 - Queimadura 5 - Suicídio/tentativa 7 - Intercâmbio legal 2 - Queda 4 - Outros acidentes 6 - Agressão/maus-tratos 9 - Ignorado
Dados da Ocorrência	29 Acidente/violência relacionado ao trabalho?	30 Suspeita de uso de álcool	31 Local de ocorrência
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado
Dados da Ocorrência	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência
	CE	Saboeiro	
Dados da Ocorrência	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida...)	36 Número	37 Zona de ocorrência
	Rua Serra do Flamengo		1 - Urbana 3 - Periurbana 2 - Rural 9 - Ignorado
Acidentes	38 Tipo de vítima	39 Meio de transporte da vítima	40 Outro envolvido
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Coletivo 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Coletivo 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
Acidentes	41 Tipo de queda	42 Tipo de Queimadura	
	01 - Mesmo nível 08 - Telhado/taje 02 - Buraco 09 - Outros níveis 03 - Leito 88 - Não se aplica 04 - Mobília 99 - Ignorado 05 - Andaime 06 - Escada/degrau 07 - Árvore	1 - Fogo/chama 2 - Subst. quente 3 - Objeto quente 4 - Choque elétrico 5 - Subst. química 6 - Outros 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Acidentes	43 Outros acidentes	44 Meio de suicídio/tentativa	45 Tipo de agressão
	01 - Sufocação/engasgamento 02 - Corpo estranho 03 - Afogamento 04 - Envenenamento/intoxicação 05 - Ferimento por obj. perfuro-cortante 06 - Ferimento por arma de fogo 07 - Acidente com animais 08 - Queda de objetos sobre pessoa 09 - Choque contra objetos/pessoa 10 - Entorse (torção) 11 - Esmagamento 12 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	1 - Envenenamento/intoxicação 2 - Enforcamento 3 - Arma de fogo 4 - Objeto perfuro cortante 5 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
Violências	46 Meio de agressão	47 Provável autor da agressão	48 Sexo do provável autor da agressão
	1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Familiar 2 - Conhecido 3 - Desconhecido 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
Lesão/Evolução	49 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	50 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	51 Evolução na emergência (24 horas)
	01 - Sem lesão 04 - Entorse/luxação 07 - Traumatismo dentário 02 - Contusão 05 - Fratura 08 - Traumatismo crânio-encefálico 03 - Corte/perfuração/laceração 06 - Amputação 09 - Politraumatismo 10 - Intoxicação 11 - Queimadura 12 - Outros	01 - Cabeça/face 05 - Tórax/dorso 09 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 06 - Abdome/quadril 10 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 07 - Membros superiores 88 - Não se aplica 04 - Coluna/medula 08 - Membros inferiores 99 - Ignorado	01 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Internação hospitalar 4 - Evasão/Fuga 5 - Óbito 9 - Ignorado

Nome: Jonathan de O. Paula
Endereço: Rua Serra do Flamengo, nº 2º quilômetro esquerdo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/11/2016 às 14:23, sob o número 01804694020168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0180469-40.2016.8.06.0001 e código 266432A.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SABOIRO
Comunidade e Cidadania

ACIDENTES EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS E

1. Identificação do Acidente
1.1 Data do Acidente: 12/10/2016
1.2 Local do Acidente: URGÊNCIA EMERGENCIA
1.3 Nome do Acidentado: [nome] [sobrenome]
1.4 Idade: 32 ANOS
1.5 Sexo: F
1.6 Estado Civil: C
1.7 Profissão: [profissão]
1.8 Endereço: [endereço]
1.9 Telefone: [telefone]
1.10 CID: [CID]

2. Descrição do Acidente
2.1 Tipo de Acidente: [tipo]
2.2 Local do Acidente: [local]
2.3 Horário do Acidente: [horário]
2.4 Descrição do Acidente: [descrição]
2.5 Condições do Ambiente: [condições]
2.6 Condições do Paciente: [condições]
2.7 Condições do Profissional: [condições]
2.8 Condições do Equipamento: [condições]
2.9 Condições do Material: [condições]
2.10 Condições do Ambiente: [condições]

3. Diagnóstico
3.1 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.2 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.3 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.4 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.5 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.6 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.7 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.8 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.9 Diagnóstico: [diagnóstico]
3.10 Diagnóstico: [diagnóstico]

4. Tratamento
4.1 Tratamento: [tratamento]
4.2 Tratamento: [tratamento]
4.3 Tratamento: [tratamento]
4.4 Tratamento: [tratamento]
4.5 Tratamento: [tratamento]
4.6 Tratamento: [tratamento]
4.7 Tratamento: [tratamento]
4.8 Tratamento: [tratamento]
4.9 Tratamento: [tratamento]
4.10 Tratamento: [tratamento]

5. Evolução
5.1 Evolução: [evolução]
5.2 Evolução: [evolução]
5.3 Evolução: [evolução]
5.4 Evolução: [evolução]
5.5 Evolução: [evolução]
5.6 Evolução: [evolução]
5.7 Evolução: [evolução]
5.8 Evolução: [evolução]
5.9 Evolução: [evolução]
5.10 Evolução: [evolução]

6. Conclusão
6.1 Conclusão: [conclusão]
6.2 Conclusão: [conclusão]
6.3 Conclusão: [conclusão]
6.4 Conclusão: [conclusão]
6.5 Conclusão: [conclusão]
6.6 Conclusão: [conclusão]
6.7 Conclusão: [conclusão]
6.8 Conclusão: [conclusão]
6.9 Conclusão: [conclusão]
6.10 Conclusão: [conclusão]

7. Assinaturas
7.1 Assinatura do Profissional: [assinatura]
7.2 Assinatura do Paciente: [assinatura]
7.3 Assinatura do Responsável: [assinatura]
7.4 Assinatura do Testemunha: [assinatura]
7.5 Assinatura do Profissional: [assinatura]
7.6 Assinatura do Paciente: [assinatura]
7.7 Assinatura do Responsável: [assinatura]
7.8 Assinatura do Testemunha: [assinatura]
7.9 Assinatura do Profissional: [assinatura]
7.10 Assinatura do Paciente: [assinatura]

8. Observações
8.1 Observações: [observações]
8.2 Observações: [observações]
8.3 Observações: [observações]
8.4 Observações: [observações]
8.5 Observações: [observações]
8.6 Observações: [observações]
8.7 Observações: [observações]
8.8 Observações: [observações]
8.9 Observações: [observações]
8.10 Observações: [observações]

9. Anexos
9.1 Anexos: [anexos]
9.2 Anexos: [anexos]
9.3 Anexos: [anexos]
9.4 Anexos: [anexos]
9.5 Anexos: [anexos]
9.6 Anexos: [anexos]
9.7 Anexos: [anexos]
9.8 Anexos: [anexos]
9.9 Anexos: [anexos]
9.10 Anexos: [anexos]

10. Encerramento
10.1 Encerramento: [encerramento]
10.2 Encerramento: [encerramento]
10.3 Encerramento: [encerramento]
10.4 Encerramento: [encerramento]
10.5 Encerramento: [encerramento]
10.6 Encerramento: [encerramento]
10.7 Encerramento: [encerramento]
10.8 Encerramento: [encerramento]
10.9 Encerramento: [encerramento]
10.10 Encerramento: [encerramento]

LAUDO MÉDICO

Nome da Vitima: Reinaldo Alves MameData do Acidente: 15/03/2014

O Paciente Reinaldo Alves Mame, vítima de acidente de trânsito dia 15.03.2014, conforme Bo no 542-438/2014 e documentos médicos anexos. Vítima apresentando múltiplas escoriações pelo corpo nos membros superiores e inferiores, fratura do dedo indicador de mão esquerda, fratura em mão direita e fêmur direito. Após limpeza cirúrgica e fracionamento médico recomendado foi encaminhado para serviços de fisioterapia.

Atualmente apresentando sequelas permanentes e irreversíveis, limitação funcional grave, dor crônica, proctesia, limitação de movimentos em fêmur direito, perda de força muscular, Alteração de marcha, instabilidade para exercer suas atividades laborais e de rotina diária.

Encontra-se em Alto Definitivo.

Local e Data: 14/08/2015

Dr. Valmir Costa
CRM-CE: 9332
CRM-PA: 6908

Assinatura do Médico



ESPAÇO FÍSIO

PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO



Dr^a Anne Kariny Correia

CREFITO 5246-LTF

fls. 18

Relatório Fisioterapêutico

O paciente Raimundo Alves Moura, vítima de acidente motociclistico em 15/03/2014, apresentou fratura no 1º dedo indicador da mão esquerda, 1º dedo do anelar da mão esquerda, 1º dedo do indicador da mão direita, 1º dedo do anelar da mão direita, foi submetido a tratamento conservador, porém encontra-se de alta definitiva, estando o paciente com limitações importantes em grau 0,1 em membro acometido (pêlo direito).

Dra. Anne Kariny Correia

Fisioterapeuta

CREFITO 5246 - LTF

13/05/2015

Rua Hilda Augusto, nº 107

Rua do Alto - Lavras da Mangabeira-Ce

(88) 9698 5868  (88) 9351 0767

espaco-fisio@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - MG Nº **9148987110**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXM COD. RENAVAM **70762/842** RNTRC **EXERCÍCIO 2011**

NOME **DANIEL JUNIO DA SILVA**

CPF/CNPJ **124.768.806-20** PLACA **CEL-8629**

PLACA ANT/UF **CHASSI 220C2803UR045531///**

ESPECIE TIPO **COMBUSTIVEL GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 TITAN** ANO FAB **1998** ANO MOD **1999**

CAP/POT/CIL **03/124CC** CATEGORIA **PARTEIC** COR PREDOMINANTE **VERDE**

COTA UNICA **PAGO** VENC. COTA UNICA **PAGO** VENC/COTAS **1* *******

FAIXA IPVA **PARCELAMENTO/COTAS ******* **2* *******

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **PAGO** IOF (R\$) **PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *******

OBSERVAÇÕES

VALID **CONTAGEM** DATA **23/11/11**

Este documento é propriedade do Estado de Minas Gerais e não pode ser vendido, alugado, emprestado ou de qualquer forma cedido a terceiros.

Terezo
15

SINISTRO 3150849087 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** RAIMUNDO ALVES MOURA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO ALVES MOURA**CPF/CNPJ:** 02243817330**Posição em 24-10-2015 09:36:58**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 675,00

Data de liberação do pagamento: 27/10/2015

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 da liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/10/2015	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

SINISTRO 3150642087 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA RAIMUNDO ALVES MOURA

COBERTURA INVALIDEZ

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MM SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RAIMUNDO ALVES MOURA

CNPJ: 02243817330

Posição em 24-10-2015 09:36:28

Pagamento liberado pela Seguradora Lider D/VAT

Valor: R\$ 672,00

Data de liberação do pagamento: 27/10/2015

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 da liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenização e Correção Valor Total
27/10/2015 R\$ 672,00 R\$ 0,00 R\$ 672,00

99 78 60 325
99 77 65 469