



Alencar, Ribeiro & Sombra  
Advogados Associados

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

#### OUTORGANTE:

Alan Rubens de Souza Moreira, solteiro, brasileiro,  
autônomo, portador do RG 20083961164, SSP/DF/CE  
e CPF nº 068.958.743-31, domiciliado e residente  
a Rua 160 Localidade de Córrego Fundo - Zona rural  
cidade de Trairi, estado do Ceará, CEP 62.69-000

#### OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS

ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico [ars.juridico@gmail.com](mailto:ars.juridico@gmail.com), através dos advogados **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP 60.170-002, Fortaleza – CE, onde receberão intimações.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes 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*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de Julho de 2018.

ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA  
OUTORGANTE



Alencar, Ribeiro & Sombra  
Advogados Associados

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2018.

ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA

ASSINATURA

DO DECLARANTE

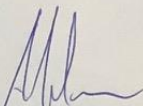
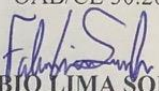


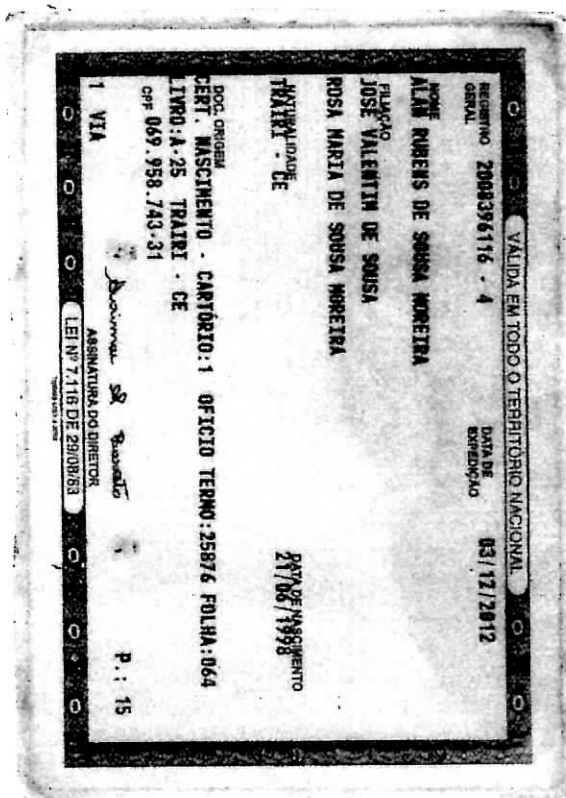
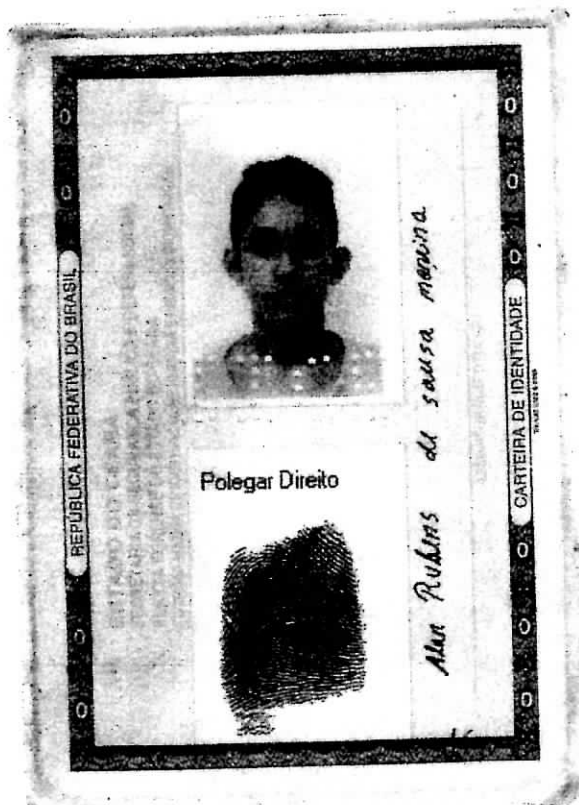
Alencar, Ribeiro & Sombra  
Advogados Associados

## SUBSTABELECIMENTO

**EU, ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **ALAN RUBENS DE SOUZA MOREIRA**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.

  
**ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**  
OAB/CE 30.204  
  
**FABIO LIMA SOMBRA**  
OAB/CE 27.447



RECEBEMOS

10 ABR 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
PJ: 21.487.736/0001-06

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**B86B.CD3E.E345.B0F6**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 11:54:29 do dia 20/10/2014 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**872.382.683-53**

Nome  
**ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA**

Nascimento  
**21/05/1969**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**RECEBEMOS**

10 ABR 2013

Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 21.487.736/0001-06





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **516132131**  
**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza, CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105 948-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
 foi criada pela Lei nº 10.438 de  
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**MAR/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**1567565** PV **3**

VENCIMENTO  
**15/04/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**107,78**

**DADOS DO CLIENTE**  
 Rota 24 034085 13 038700 Medidor 6175167 Poste 0000 0000  
 Nome ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA  
 Endereço Postal

End. da Unidade PV CORREGO FUNDO 00000 CORREGO FUNDO TRAIRI 62690000  
 Consumidora

RG / CPF / CNPJ 872.382.683-53 CGF  
 Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado  
 FP 32888 32596 1 292 0 292

**DESCRIÇÃO DA CONTA** Quantidade Tarifa Valor (R\$)

**ENERGIA**  
 Consumo faixa 0-30 Kwh 292 0,34694 101,30

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/ Apresentação 04/04/2018  
 Prev. Próxima Leitura 04/04/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

B88B.542D.809F.386E.5D58.2E05.7FDF.F8B2

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
 ISENT0

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

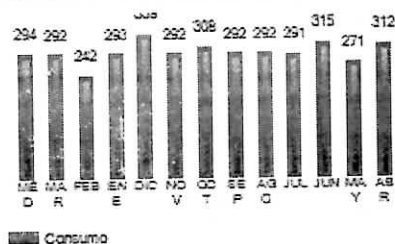
ENERGIA 48,07  
 TRANSMISSÃO 4,80  
 DISTRIBUIÇÃO 32,65  
 ENCARGOS SETORIAIS 11,30  
 TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 4,48

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 46,16  
 Conjunto TAUA  
 Mês JAN/ 2018

|          | Fat. Mensal | Indic. Mensal | Apuração Individual Mensal | Indic. Mensal | Apuração Individual Anual |
|----------|-------------|---------------|----------------------------|---------------|---------------------------|
| DIC (h)  | 10,73       | 21,46         | 42,92                      | 0,00          | 0,00                      |
| FIC (un) | 7,59        | 15,19         | 30,39                      | 0,00          | 0,00                      |
| DMIC (h) | 5,78        |               |                            | 0,00          |                           |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

"PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE  
 O Nº 0000 DO CLIENTE SEGURO DO DÍGITO VERIFICADOR."  
 Curte os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-  
 LEIT. ANTERIOR ART. Nº RES 414

Seu cliente, através quitadas do faturar de consumo de energia  
 dentro desta unidade consumidora vencidas até 15/11/2017,  
 a partir da data de vencimento do cliente

Nº do Cliente: **1567565-3** Nº da Nota Fiscal: **516132131** Total a Pagar (R\$): **107,78**  
 Data de Emissão: **04/04/2018** Referência: **MAR/2018** Nº de Controle: **0001567565 00522 4362 2 26**

83860000001-8 07780031000-2 00015675650-1 05224362205-0





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 427 / 2016

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/03/2016 09:54:49**  
Data / Hora da Ocorrência : **05/02/2016 21:00:00**  
Endereço da Ocorrência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA**  
Nascimento : **21/06/1998**  
RG: **20083961164** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 06995874331**  
Filiação: **JOSÉ VALENTIM DE SOUSA**  
**ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA**  
Endereço: **LGO LOCALIDADE DE CÓRREGO FUNDO**  
**ZONA RURAL 62690000**  
**TRAIRI CE BRASIL** Telefone:

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-00

### Histórico

A NOTICIANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE SEU FILHO ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO ERA GARUPEIRO NA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO/MODELO 2013/2013, COR VERMELHA, CATEGORIA PARTICULAR, PLACA ORQ-2124, CHASSI 9C2KDO550DR73094, DOCUMENTADA NO NOME DE EGILA MOURA AGUIAR; QUE QUANDO A MOTOCICLETA ESTAVA SENDO CONDUZIDA POR O SEU TIO, A MESMA DERRAPOU NA PISTA E VIERAM AO SOLO; QUE SOFREU UMA PANCADA FORTE NA CABEÇA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI DIRETAMENTE LEVADO PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO, EM ITAPIPOCA E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL INSTITUTO JOSÉ FROTA, EM FORTALEZA; QUE AINDA NÃO REALIZOU CIRURGIA, POIS SEU MAXILAR ESTA FRATURADO, MAS AINDA VAI REALIZAR; QUE REALIZOU UMA TOMOGRAFIA NO IJF; QUE NÃO REALIZOU EXAME DE CORPO DE DELITO POR NÃO HAVER IML NESTA URBE; NEUDO MOURA TEIXEIRA RG 2008639789-8 E ALINE MARA DE SOUSA MOREIRA RG 2007304366-9; QUE REGISTRA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

**Noticiante(s)**

Nome : **ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA**  
Endereço : **R LOCALIDADE DE CÓRREGO FUNDO**  
Bairro : **ZONA RURAL 62690000**  
Município/UF : **TRAIRI CE BRASIL** Telefone: **8599198019**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 427 / 2016

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : \_\_\_\_\_  
"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Rosana Maria de Sousa Moreira

VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
Nº 21.487.736/0001-06

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

PRINCIPA - CE

1ª de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

## DADOS DO PACIENTE

|                                           |                     |                                                  |                                         |                     |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| Matrícula<br>6513                         | Atendimento<br>0001 | Nome do Paciente<br>ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA | CNS<br>707401069186277                  | Guia de Autorização |
| Telefone<br>069.958.743-31                |                     | Estado Civil<br>Solteiro(a)                      | Sexo<br>Masculino                       |                     |
| Data de Nascimento<br>/06/1998            |                     | Local<br>TRAIRI/CE                               | Idade<br>17 Ano(s)                      |                     |
| Pai<br>JOSE VALENTIM DE SOUSA             |                     | Mãe<br>ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA               |                                         |                     |
| Endereço<br>RUA CORREGO FUNDO, S/N        |                     | Bairro<br>ZONA RURAL                             | CEP<br>62690-000                        | Município<br>TRAIRI |
| UF<br>CE                                  |                     | Telefone<br>88996317179                          |                                         |                     |
| Profissão<br>ESTUDANTE                    |                     | Empresa                                          | Cônjuge                                 |                     |
| Responsável<br>FELIPE DE CASTRO DAMASCENO |                     | CPF do Responsável                               | Endereço<br>DISTRITO CORREGO FUNDO, S/N | Município<br>TRAIRI |
|                                           |                     |                                                  | UF<br>CE                                |                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                         |               |                    |                              |     |
|---------------------------------------------------------|---------------|--------------------|------------------------------|-----|
| Data de Atendimento<br>02/2016                          | Hora<br>22:23 | Convênio<br>SUS    | Matrícula                    | CID |
| Profissional do Atendimento<br>WULLO MAGALHAES DIOGENES |               | CRM/UF<br>12180/CE | Tipo Atendimento<br>CONSULTA |     |
| Médico de Referência<br>MIDIÁ LIVIA FREITAS CARVALHO    |               |                    |                              |     |

RECEBEMOS

|                     |             |        |                                          |                 |
|---------------------|-------------|--------|------------------------------------------|-----------------|
| Data/Hora Liberação | às          | hs.    | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação | Módulo de Obito |
| Sinais Vitais       |             |        |                                          |                 |
| Peso (kg)           | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm)                                  | R (mpm)         |

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 05/02/2016 22:32

Responsável pela Classificação: MIDIÁ LIVIA FREITAS

## Histórico do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Procedimento realizado pelo SUS  
(Sistema Único de Saúde) sem  
nenhum ônus para o paciente ou  
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

Dr. Wulfo Magalhães Diógenes  
Angiologista e Cirurgião Vascular  
CREMEC 12.180 / RQE 6576

WULLO MAGALHAES DIOGENES - CRM: 12180

Felipe Damasceno  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: FELIPE DE CASTRO DAMAS



Prefeitura de  
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

## Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 15/02/2016 9:18:3

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 06/02/2016 03:08:08

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Registro: 5425217

S: 707401069186277

NOME: ALAN RUBENS DE SOUSA MOREIRA

F: 06995874331

RG:

D. NASC: 21/06/1998

ESTADO CIVIL:

SEXO: M

RAÇA/COR: Parda

NOME DA MÃE: ROSA MARIA DE SOUSA MOREIRA

NOME DO PAI: JOSE VALENTIM DE SOUSA

PO DE LOGRADOURO: Distrito

ENDEREÇO DO PACIENTE: CORREGO FUNDO

Nº: S/N

BAIRRO: ZONA RURAL

IMPLEMENTO:

TELEFONE CONTATO:

MUNICÍPIO: TRAIRI

UF: CE

CEP: 62690000

#### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: ALINE MARA

PARENTESCO: IRMA

TELEFONE:

#### ACIDENTE DE TRABALHO

PO 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 motocicleta

LEIXAS: ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO EXTENSO COM LEVE AFUNDAMENTO NA REGIAO TEMPORAL E

OBSERVAÇÕES: TCE/LEVE

#### SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica

Escala de Dor: Leve

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE

SPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UN  
RAC TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 15/02/2016  
MATRICULA 1965779  
SERVIDORIA

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Geconilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
0121 487.736/0001-06



## 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

Alan Rubens de Sousa Moreira

CPF da Vítima

06995874331

Data do Acidente

05.02.2016

## 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.

RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CPF: 21.487.736/0001-06

Localize 04 de Abril de 2018

Local e Data

Alan Rubens de Sousa Moreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 16:20, sob o número 01132864720198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113286-47-2019-8-06-0001 e código 4444869.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rogila Moura Aguiar,  
 RG nº 33.004.538-3 data de expedição 16/08/1995  
 Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 983005203-68, com  
 domicílio na cidade de Trairi, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Corrego Fundo, nº SN,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Alan Rubens de Sousa Moreira cujo o condutor era  
Moacir de Sousa Moreira:

Veículo: PASIMOTOCICLO  
 Modelo: HONDA INXR 150 BROS ES  
 Ano: 2013  
 Placa: ORQ21241CE  
 Chassi: 9C2KD0550DR373094  
 Data do Acidente: 05/02/2016  
 Local e Data: Trairi - Ce, 12/02/2016

Rogila Moura Aguiar  
 Assinatura do Declarante

Moacir Sousa Moreira

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

RECEBEMOS

10 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 11-21 487 736/0001-00

02 LCJI  
 RECONHECIMENTO  
 DE FIRMA  
 Nº - BY 760705

CARTÃO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA  
 TRAIRI - CEARÁ  
 FONE (85) 3351-1201

Reconheço como verdadeira(s) a(s) Firma(s) de  
Rogila Moura Aguiar

(X) por autenticidade ( ) por semelhança  
 Trairi-CE 42 de 02 de 2016

☐ CRISTIANA CAVALCANTE BARROSO - TITULAR  
☐ JOSE RICART FROTA DE SOUZA - SUBSTITUTO  
☐ YURI BARROSO CAIADO FRAGA - SUBSTITUTO  
☐ ADEM: SOUTO DE OLIVEIRA - SUBSTITUTO

Antônia Eudislene Ribeiro da Silva  
 Escrevente Autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011992629212

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

CE Nº 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF 9C2KDD0550DR373094

CHASSI CRQ2124/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 22/0CV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª

VENÇ. COTA ÚNICA 2ª

FAIXA LTV/L 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15

IOF (R\$) 1,11

-6 454 46 759" data-label="Text">

PRÊMIO TOTAL (R\$) 5,26

DATA DE PAGAMENTO 01/06/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 01/06/2015

1007 Ponte Superintendente DETRAN-CE

10 ABR 2015

RECEBEMOS

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 011992629212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 01 Cód. Renavam 00553346032 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2015

EDILA MOURA AGUIAR

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 98300520368

PLACA ANT / UF



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido pelo Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069.958 743 31

Nome completo da vítima

Alan Rubens de Sousa Moreira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                               |                                        |                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Nome completo<br>Alan Rubens de Sousa Moreira | CPF titular da conta<br>069.958 743 31 | Profissão<br>Recuso.             |
| Endereço<br>R. Cornejo Fundo                  | Número<br>S/N                          | Complemento<br>Case.             |
| Bairro<br>Zona Rural                          | Cidade<br>Trairi                       | CEP<br>62.690 000                |
| Email<br>Recuso.                              | Estado<br>Ceará                        | Telefone (DDD)<br>85 9 8812 0584 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                                                                                                 |                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR<br>R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA<br>R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00            | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                |                                                                                                           |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 4378 D/V<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                              | <b>CONTA</b><br>NRO. 5756 D/V 7<br>(Informar dígito se existir)     | <b>BANCO</b><br>Nome _____ NRO. _____<br><b>AGÊNCIA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir) |                                                                                                           |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Montalvão, 04 de Abril de 2017

Local e Data

Alan Rubens de Sousa Moreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

10 ABR 2018

Maria Getúndia F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
01-21 487 736/0001-00