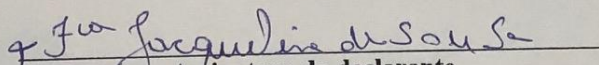


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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 2019.


Assinatura do declarante

Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
E-mail: wsdpvt.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Francisca Jacqueline de Sousa, brasileira, solteira, com união
estável, autônoma, RG nº 2003 010440 114, SSP/CE e CPF nº
030.140 523-96, no endereço na Rua 1193, nº 17, Lote H,
4º etapa, Bairro Conjunto Ceará, Fortaleza - CE; CEP: 60533-510

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS 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 defende-lo nas contrarias, 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, ___ de _____ de 2019.

Francisca Jacqueline de Sousa
OUTORGANTE

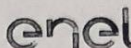


Nº DO CLIENTE
7852197-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 530081491

Rota 13 01240 19 356200 - 7 **Data de Emissão** 20/06/2018

Nome FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA
End. Postal RU 1153 CONJ CEARA 00017 CS H
CONJUNTO CEARA - FORTALEZA - 60533510

Medidor 12422984 **Poste** 0000 J34W

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 030140523-96 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2018	20/06/2018	19/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Valor
Jun/2018	Abr/2018	EUSD 18,23
	DICRI = 0,00 P	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
110,50	27,00%	29,83

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0F5A.B737.1238.8156.A3F2.770C.E0E4.1FB3

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 10051	9906	1,00	145	0,00	145	0,76210	110,50
20/06/18	18/05/18		33 DIAS		145		110,50

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	110,50
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,49
JUROS DO MES	1,33
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,69
TAXA DE RELIGACAO	7,63
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	17,20
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,18)	

VENCIMENTO 27/06/2018	TOTAL A PAGAR (R\$) 148,84
------------------------------	-----------------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 41,75	02 145
Transmissão 4,45	03 31
Distribuição 23,79	04 81
Encargos Setoriais 6,38	05 56
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 34,13	06 35
TOTAL 110,50	07 112
	08 118
	09 97
	10 96
	11 109
	12 117
	13 116

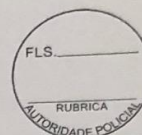
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
56,61	0,00	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorreligue. A religação a revelia da distribuidora enseja nova acau de corte, bem como cobrança do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131 Resol. 414/2010 - Aneel).



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 2495 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **24/07/2018 09:39:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/01/2018 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA VERONA**
 Complemento:
 Bairro: **SÃO MIGUEL** Município: **CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO AO TRILHO**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA**
 Nascimento: **23/08/1986** CPF:
 RG: **2003010440114** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA MONTEIRO DE SOUSA**
VALMIR RODRIGUES DE SOUSA
 Endereço: **RUA 1153, 17 CS H 4ª ETAPA**
 Bairro: **CONJUNTO CEARA** CEP:
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98662-6552**

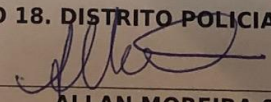
Dados do(s) Veículo(s)

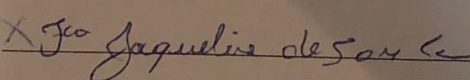
1) Placa: OID3265 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110CR533482 Renavam: **474756947** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MAURICIO DA SILVA DANTAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que em 17/01/2018 estava na garupa da moto de placas OID 3265, conduzida por MAURICIO DA SILVA DANTAS, pela rua Verona, próximo ao trilho, que no local não tem cancela e havia uma casa que atrapalha a visão; Que o condutor da moto não percebeu a vinda do trem, e a moto foi atingida pelo mesmo; Que foi socorrida pelo SAMU encaminhada para o hospital IJF centro (registro de atendimento emergencial nº 5538998); Que devido ao acidente quebrou o fêmur, a tíbia e foram colocados 6 pinos no joelho; Que após o acidente já passou por 4 cirurgias e 2 cirurgias plásticas, e atualmente encontrar-se fisioterapia de reabilitação; Que não está podendo andar normalmente e sente muita dor devido as sequelas do acidente conforme documentação anexa;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
ALLAN MOREIRA SILVEIRA - MAT.: 30118340

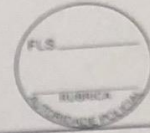
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 11:39, sob o número 01244553120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0124455-31.2019.8.06.0001 e código 46D0094.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2495 / 2018
GUILHERME DE PINHO MARTINS - MAT.: 30120140



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 05/07/2018 12:22:7

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 17/01/2018 19:57:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708904743443417	NOME: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA		Registro: 5538998		
CPF: 03014052396	RG: 20030100440114	D. NASC: 23/08/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA MONTEIRO DE SOUSA		NOME DO PAI: VALMIR RODRIGUES DE SOUSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PASSO FUNDO		Nº: 1195	BAIRRO: PARQUE GENIBAU	
COMPLEMENTO: CASA 50	TELEFONE: ,985196336	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60534640	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: ROSANGELA- SAMU CEARA USB 38, COND. CARLOS		PARENTESCO: PRIMA		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 trem ou veículo ferroviário					
QUEIXAS: TRAUMA QUADRIL E LESAO EXPOSTA MID					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
<p>SERVIÇO DE PROTOCOLO - WT RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 05/07/18 MATRICULA 10-888-1 <i>[Assinatura]</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 11:39, sob o número 01244553120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0124455-31.2019.8.06.0001 e código 46D0094.

14/03/2018

https://www.hgresidencia.com.br/ijfc_paciente_resumo_atestado.php?pac_codigo=36357

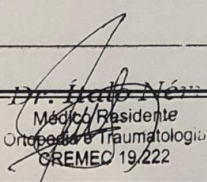
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	17 01 2018	DATA DA ALTA:	14/03/2018
BE/PRONT:	5538998	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	31		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + LESAO DE PARTES MOLES EM JOELHO DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	ANTIBIOTICOTERAPIA CURATIVOS ORIENTAÇÕES RETORNG EM 7 DIAS NO AMBULATÓRIO		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	ITALO NERI		

Ass:  Dr. Italo Neri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEO 19/222	Retornar dia: <u>15 dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>Guilherme Colares</u>
Data: <u>14/03/18</u>	Dispensa do trabalho por: <u>60 dias</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/04/2019 às 11:39 , sob o número 01244553120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0124455-31.2019.8.06.0001 e código 46D0094.



NOME FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA

LAUDO MÉDICO

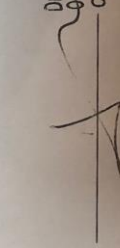
Atesto para devidos fins que o paciente supracitado está sendo acompanhado no ambulatório de Traumatologia do IJF por fratura de fêmur diafiseária direita, fratura supra e intercondiliana de fêmur direito, fratura diafiseária proximal da tibia direita, luxação tíbio-fibular proximal e lesão do complexo posterolateral do joelho direito.

Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico das lesões ósseas e luxação, descritas acima. Exames de imagem evidenciam que fraturas em fase final de consolidação. Há sinais radiológicos de sofrimento da cartilagem articular do joelho(sugerindo condrólise traumática dos côndilos femorais)

Paciente permanecerá em acompanhamento ambulatorial ao longo dos próximos 60 dias

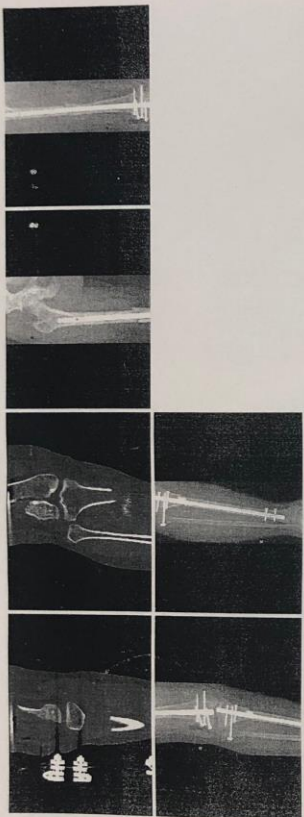
CID : S724 S821 S822; T03.3

FORTALEZA – CE, 14 DE DEZEMBRO DE 2018.


Dr. Guilherme M. Colares
Ortopedia/Cirurgia da Coluna
CRM: 7179 TEOT 8510

24/05/2018

HospGestor - Sistema de Gestao de Servicos e Residencia Medica



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 06/03/2018 - Terça-Feira

48 4 07:30 218 GUILHERME COLARES FELIPE RODRIGUES
 1 CX BASICA TO PARA MMII + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + CX PARAFUSOS CANALADOS 7,0 MM + MESA DE FEMUR + MESA DE TIBIA + MESA DE FEMUR + KIT BASICO + TREPANO PNEUMATICO MACON + CAIXA DE ESTUQUE DE FEMUR + CAIXA DE CANALIZOS 4,5MM

FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR + FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR RE 5538998
 Marcado por HALINE MAGALHAES em: 05-03-2018 7:17:49

Ass.: *Dr. Guilherme Colares*
 Data: *06/03/2018* Hora: *70 dias* para Dr. *Guilherme Colares*
 Imprimir

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Lauda Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

Nº. HOSPIGESTOR: 36357
 LEITO: _____
 NOME: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA
 DATA DA ALTA: 24/05/2018
 DATA DE INTERNACAO: 06/04/2018
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
 BE/PRONT: 5538998
 NASCIMENTO: 23/08/1986
 IDADE: 31
 FRATURA DE FEMUR - DIAFISE DIR (OPERADA) + FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (OPERADA) + LESAO DE PARTES MOLES EM JOELHO DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: CURATIVOS ORIENTAÇÕES RETORNO EM 45 DIAS NO OPERATORIOS: AMBULATORIO
 TELEFONE: _____
 CELULAR: _____
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA: _____
 STAFF DO LEITO: SALES
 RESIDENTE DO LEITO: ITALO NERI





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030 140 523 96 Nome completo da vítima: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA CPF: 030 140 523 96

Profissão: RECUSO Endereço: RUA 1153 Número: 17 Complemento: CS H

Bairro: CONJUNTO CEARA Cidade: FORTALEZA Estado: CE CEP: 60533-510

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 3 CONTA: 50240 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, FORTALEZA, 24/10/2018

Nome: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA

CPF: 03014052396

(*) Assinatura de quem assina A/ROGO

Francisca Jacqueline de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 11:39, sob o número 01244553120198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0124455-31.2019.8.06.0001 e código 46D0094.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCILIO DA SILVA DANTAS,
 RG nº 200010004129, data de expedição 12/11/2008
 Órgão DCT/AN, portador do CPF nº 00860732304, com
 domicílio na cidade de Aratuba, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. LISS - CONJUNTO CENOR, nº 17,
 complemento RUA H, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima FRANCISCA AQUILINA DE SOUSA, cujo o condutor era
MARCILIO DA SILVA DANTAS.

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA 66125 FAV KS
 Ano: 2012
 Placa: QJD 3265
 Chassi: QCR20H11002533482
 Data do Acidente: 17/10/2015
 Local e Data: Aratuba 19 outubro 2018

Marcilio da Silva Dantas
 Assinatura do Declarante

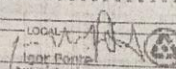

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)




CANTORIO NOROES MILFONT
 Franca Alina do Nascimento
 Escrevente

() Conheço o(s) firmante(s) por () Autenticidade () Semelhante <u>Marcilio da Silva Dantas</u>
Dou fé, Fortaleza - CE 19 OUT. 2018
Em testemunho da verdade () BEL ANTONIO TOMAS NOROES MILFONT - Oficial () ROBERTO MARTINS DE NOROES MILFONT - Substituto () ARCELIN MARTINS DE NOROES MILFONT - Substituto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 013789982422	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTIC	EXERCÍCIO
01	474756947	0000000000	2017
NOME MAURICIO DA SILVA DANTAS ***** *****			
CIDADE FORTALEZA/CE			
OFF/CNPJ	PLACA		
00860732304	OID3265		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
*****/CE	9C2JC4110CR533482		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLO/ACC APLIC	CAROLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN KS	2012	2012	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/124CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
1# *****	2# *****	3# *****	
FADIA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS		
***	*****		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	11/10/2017
OBSERVAÇÕES ***** ***** *****			
LOCAL	DATA		
FORTALEZA	14/03/2018		
 LOCAL: FORTALEZA DATA: 14/03/2018			
			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS ACIDENTES DE TRAFEGO DE VEICULOS DE TRAFEGO EM CARGA APESSOAS TRANSFERRIDAS OVINAS SEGURO DPVAT			
CE Nº 013789982422		BILHETE DE SEGURO DPVAT 2017	
00860732304	OID3265		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
013789982422	59413666065		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2017	14/03/2018		
VIA	OFF / CNPJ	PLACA	
01	00860732304	OID3265	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
474756947	HONDA/CG 125 FAN KS		
ANO FAB.	CAT. TIPO	Nº CHASSI	
2012	09	9C2JC4110CR533482	
PREMIO TARIFARIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81.29	9.03	90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
4.15	0.70	185.50	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
			11/10/2017
PROPRIETARIO LOTE/DOSE/SEGURADORA LIDER DPVAT 2348			
MOTOR: JC41E1C533482			
			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/04/2019 às 11:39, sob o número 01244553120198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0124455-31.2019.8.06.0001 e código 46D0094.