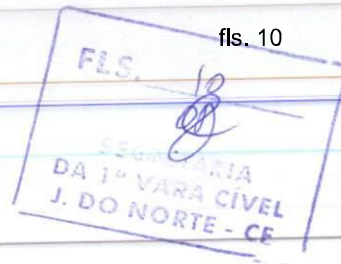




ACTUS
Advogados Associados



fls. 10

“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Juliane Leal Alves, brasileira, solteira, autônoma, portadora do RG nº 2008942859-4 SSP/CE e do CPF nº 066.038.323-30, residente e domiciliada na Rua Manoel Lencinheiro, nº 1253, Jardim Gonzaga, Juazeiro do Norte/CE

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 19 de outubro de 2016.

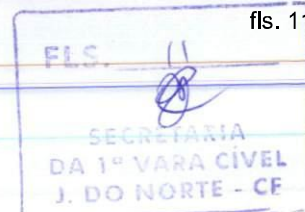
x

Juliane Leal Alves

Thomaz



ACTUS
Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

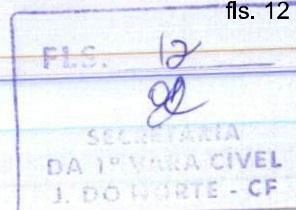
Juliane Beal Alves, brasileira, solteira, autônoma,
portadora do RG nº 2008242859-4 SSP/CE e do CPF nº
066.038.323-30, residente e domiciliada à Rua Manoel
Coximio, nº 1253, Jardim Gonzaga, Juazeiro do Norte/CE

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 19 de Outubro de 2016

x Juliane Beal Alves.



<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3151033398 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JULIANE LEAL ALVES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO JULIANE LEAL ALVES

CPF/CNPJ: 06603832330

Posição em 10-11-2016 12:12:05

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

**** Sem sequelas.**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS.

fls. 13

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 188 - 13026 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

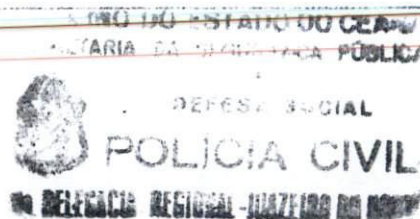
Data / Hora da Comunicação: **18/08/2015 17:49:11**

Data / Hora da Ocorrência : **08/08/2015 06:50:00**

Endereço da Ocorrência: **AV AILTON GOMES**

LAGOA SECA JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência: **CARIRI CENTER**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIANE LEAL ALVES**

Nascimento : **22/04/1996**

RG: **20082428594** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**

Filiação: **ANTONIO ALVES DA SILVA**

LUCIA MARIA LEAL ALVES

Endereço: **R MANOEL CASSEMIRO 1253**

JARDIM GONZAGA

JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: **88988258723**

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA/POP100**

PLACA: **OCQ4601** MUNICÍPIO / UF: **JUAZEIRO DO NORTE / CE**

MODELO/FABRICAÇÃO: **2011/2011** COR: **VERMELHA**

RENAVAM: **311044816** CHASSI: **9C2HB0210BR010334**

SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: VANIA SOARES DA SILVA**

ENVOLVIMENTO: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma A NOTICIANTE, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que NA HORA, DIA E LOCAL ACIMA INFORMADOS ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA SUPRA CADASTRADA, COM A PESSOA DE JULIANE LEAL ALVES NA GARUPA, QUANDO, AO FAZER UMA CURVA, DERRAPOU NA VIA E CAÍRAM: QUE NÃO SOFREU NADA COM A QUEDA, PORÉM JULIANE SE MACHUCOU; QUE ELA FOI SOCORRIDA PELO RONDA E LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE/CE; QUE DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU ESCORIAÇÕES NO CORPO E DOR EM MSD, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 71594; QUE O CONDUTOR É PORTADOR DE CNH Nº 06018440235; QUE NO PRONTUÁRIO APRESENTA "MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM UM AUTOMÓVEL (CARRO) "PICK UP" OU CAMINHONETE"; QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH DO CONDUTOR, PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA VÍTIMA, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, DOCUMENTOS PESSOAIS DA VÍTIMA E DOCUMENTO DO VEÍCULO. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

X *Cláudio Regalado Silva Moura*
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Maria Fúlvio

Pág. 1 de 2

Impresso em: 18/08/2015 06:07

ento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 04/07/2018 às 07:56.
o original, acesse o site <https://esaj.jtce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0068092-84.2016.8.06.0112 e código 3915AE.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 13026 / 2015

Notificante(s)

Nome : CICERO RAFAEL DA SILVA MORAIS
Endereço : R SENHOR DO BONFIM 1120
Bairro : LAGOA SECA
Município/UF : JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: 988165338

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Maria Juliete
MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : X. Cilene Regina Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4



SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Eu, Juliane heal Alves

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Juliane Leul Alues

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte, ce, 07-10-15

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vânia Soares da Silva

RG nº 2002034076373 data de expedição 5/9/2008

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 00678224366 com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R= Sentido do Bomfim, nº 1120,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Fabiane Leal Alves, cujo o condutor era

Lucas Rogel da Silva Moura

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA POP 100

Ano: 2011

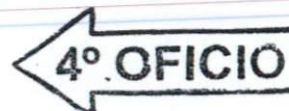
Placa: OCQ 4601

Chassi: 9C2HB0210 BR010 334

Data do Acidente:

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE

X Vânia Soares da SILVA
Assinatura do Declarante



X Lucas Rogel da Silva Moura

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



CARTÓRIO DO 4º OFÍCIO

COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE - CE

Rua do Cruzeiro, 157 - Bairro Centro

Fones: 3512.1291 / 3511.3341

Reconheço por autenticidade a (s)

Assinatura (s) de: VÂNIA SOARES DA SILVA

DO SILVA

[Assinatura]

[Assinatura]

O referido é verdade, Dou Fé.

Juazeiro do Norte, CE 18/06/2015

Manoel Estevão de B. Junior
Escrivente Autorizado

FICHA DE ATENDIMENTO

FLS. 16

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JULIANE LEAL ALVES Prontuário: 71594 Admissão: 08/08/2015
Data Nasc.: 22/04/1996 Idade: 19 ano(s) 3 mes(es) e 22 dia(s) Telefone: 88 88528807
Mãe: LUCIA MARIA LEAL ALVES
Sexo: Feminino RG: 20082428594
CEP: Bairro: JARDIM GONZAGA
Endereço: RUA MANOEL CASSIMIRO 1253

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: NAIANA SILVA GUEDES Horário: 14:03
Queixa: CLIENTE RELATA ACIDENTE DE MOTO, CHEGA COM ESCORIAÇÕES NO CORPO E DOR EM MSD E REGIÃO ILIACA.
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Dor moderada *
SatO2: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA CRM: 16743 N° 278238 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM UM AUTOMOVEL [CARRO], "PICK UP" OU CAMINHONETE
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA RESULTANDO EM ESCORIAÇÕES NO COTOVELO DIREITO E ASA DO ILIACO A DIREITA - REALIZOU RADIOGRAFIAS NAO EVIDENCIANDO FRATURAS
CD - AINES - CURATIVOS - ACOMP. AMBULATORIAL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
08/08/2015 14:03:00	TRAUMA MAIOR	Dor moderada *	AMARELO	NAIANA SILVA GUEDES

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	08/08/201 17:09	Não	Cancelado
RX BACIA AP (0204060095)	08/08/201 17:09	Não	Cancelado

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
08/08/2015 00:00	MARCELO NOGUEIRA LIMA	RX SEM FRATURAS CD -AINES - ORIENTS - ACOMP AMBULATORIAL

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polg. Direito

Juliane Leal Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008242859 - 4

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2012

NOME JULIANE LEAL ALVES

FILIAÇÃO ANTONIO ALVES DA SILVA

LUZIA MARTA LEAL ALVES

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 22/04/1996

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PADRE CICERO TERMO: 35.917

FOLHA: 90.V LIVRO: 36 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 066.038.323-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

066.038.323-30

Nome

JULIANE LEAL ALVES

Nascimento

22/04/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

6F10.3A69.F68F.148F

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 13:16:20 do dia 02/02/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



FLS. 19
S. MARIA
DA 1ª PARA CIVEL
1.ª PARTE - CF

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 066.038.323-30

Nome da Pessoa Física: **JULIANE LEAL ALVES**

Data de Nascimento: **22/04/1996**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 01/02/2012

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:03:29** do dia **07/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3C84.A9D9.D955.520A

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.)

CE Nº 8916835656 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOME/ENDEREÇO
VANIA SOARES DA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE
CPE/CNPJ PLACA
00678224366 OCQ4601

BILHETE DE SEGURO DPVAT
CENº 8916835656 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2011 06/04/2011
NOME/ENDEREÇO
VANIA SOARES DA SILVA

VIA CPE/CNPJ PLACA
01 00678224366 OCQ4601
COD. RENAVAM MARCA/MODELO
311044816 HONDA/POP100
ANO FAB CAT. TARIF. CHASSI
20 09 9C2HB0210BR010334
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios
LOTE/DO do Seguro DPVAT S/A
MOTOR: HB0211110 3608/0001-04
OUT-2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETTRAN - CE Nº 8916835656
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
ALEN 01 311044816 0000000000 2011
NOME
VANIA SOARES DA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE
CPE/CNPJ PLACA CÍVEL
00678224366 OCQ4601-CE
PLACA ANT./UF CHASSI
*****/CE SC2HB0210BR010334
ESP. C. LÍQ. COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD.
HONDA/POP100 2011 2011
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/97CC PARTIC VERMELHA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
I P V A
***** ** **/ **/ **
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
*** **/ **/ **
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES
AL FID. BANCO ITAUCARD S.A.

JOÃO DE CAL SUPER. DEPL. DEPL. DATA
JUAZEIRO DO N. STE 06/04/2011

ento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 04/07/2018 às 07:56
o original. acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/estadigital/oc/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0068092-84.2016.8.06.0112 e código 3915AF1

FLS. 21



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DA 1ª VARA CÍVEL

ORTE - CE

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Juliane Leal Alves
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2008242859-4 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 22/06/12 E
 CPF 060038323-30 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou-se
 E RENDA MENSAL DE R\$ Quilhoze (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Juliane Leal Alves, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16425-1

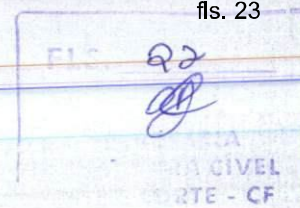
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. do Norte 07 de Outubro de 15 x Juliane Leal Alves
 ce LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Juliane Leal AlvesRG nº 2008242859-4, data de expedição 22/06/12, Órgão SSP-CE.

CPF nº 066.038.323-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Carneiro</u>
Número	<u>1253</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jardim Gonzaga</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>6300000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9.9981-8213 / (88)9.8805-9802</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte, CE, 07-10-15Assinatura do Declarante: X Juliane Leal Alves



Nº de Inscrição:

022515007

DADOS DO CLIENTE

Nome: LUCIA MARIA LEAL ALVES
 End. Leitura: RU MANOEL CASSEMIRO, 1253, JARDIM GONZAGA
 Cidade: JUAZEIRO CEP: 63031-210
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 021 Setor: 003 Quadra: 0225 Lote: 0051 Címp: 0000
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 | Comercial: 000 | Indústrias: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A12F297500	378	401	25	14

DATAS

Leitura Atual: 10/08/2015 Emissão: 10/08/2015 Lacre Água:
 Leitura Anterior: 10/07/2015 Próxima Leitura: 10/09/2015 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	139	139	022	139	139
Analisadas	141	141	141	141	141
Em conformidade	141	117	120	141	141

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITAÇÕES AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	89,80			
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,45	AGO/14	19	0
MULTA DE 2%	0,60	SET/14	14	0
		OUT/14	26	0
		NOV/14	14	0
		DEZ/14	14	0
		JAN/15	15	0
		FEV/15	16	0
		MAR/15	12	0