



PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE: SAMUEL PEREIRA BARBOSA,
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão
AGENCIAMENTO, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 3370111, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 903.171.33-40, residente e domiciliado(a) na
RUA DO PADRE JOSÉ ROMUALDO, 206 - TRAIRI - CE
CEP: 62.690-000

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22161 e
NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional
à Rua Padre José Romualdo, n.º 206, Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

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 defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem 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 substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 24 de ABRIL de 2016.

Samuel Pereira Barbosa

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, SAMUEL PEREIRA CARBOSA,
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão
AGENCIÁRIO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
3550166, inscrita(o) no CPF sob o n.
903.471.303 - 15, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) PRAÇA DE JOSEFAI
TRAIRI/CE CEP: 62200-000

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos
da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Tairi - CE, 24 de ABRIL 2019.

Samuel Pereira Barbosa

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



Eu, SAMUEL CECILIA BARBOSA
brasileiro(a), CASADO, Advogado
endereço na (Rua, Localidade, Estado)
ÁREA DO RECEITA DE TRIBUTAÇÃO

Tratando-me de DECLARAÇÃO para os devidos fins e sob as penas da lei, que sou ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação enviada do site da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei nº 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida situação mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos auferidos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguel de atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse ato, assumo a responsabilidade de informar, fielmente, à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, DECLARO que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Tratando-me de DECLARAÇÃO para os devidos fins e sob as penas da lei, que sou ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Samuel Pereira Barbosa
DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1289368502

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDA PLASTIFICAR

1289368502

NOME
SAMUEL PEREIRA BARBOSA

DOC IDENTIDADE / ORIG. LAJES DO ES
3350766 SSP PA

CPF
903.171.303-15 DATA NASCIMENTO
15/10/1977

RELAÇÃO
LUIZ GONZAGA BARBOSA
MARIA PEREIRA BARBOSA

PERMISSÃO
ACC
CAHUA
AD

1ª REGISTRO
00131027050

VALIDADE
02/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/10/1996

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Samuel Pereira Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ITAPIPOCA, CE

DATA EMISSÃO
28/06/2016

Icon Vascóncelos Ponte

09056941934
CE153754630

ASSINATURA DO EMISSOR



COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B.4 | Nº 568060343
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60125-010, Fortaleza-CE
 CNPJ 07.017.251/0001-70 | CGF 06.105.818-3



DADOS DO CLIENTE

Rota 20 034080 02 017800 Medidor 5234350 Poste 0000 0000
 Nome SAMUEL PEREIRA BARBOSA Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PRACA DO HOSPITAL 00000 SEM BAIRRO TRAJIRI 626900009

RG / CPF / CNPJ 903.171.303-15

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excluído
30217	30079	1	138	0	138

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LECTURA

Data de Emissão/Apresentação	Prev. Próxima Leitura
29/03/2019	29/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

09B3.42CC.DM1.85F2.83E1.FC1.7E77.17C0

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
97,71	27%	26,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATORIA

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

0,42
0,53
1,79
6,63

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE CANCELAMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

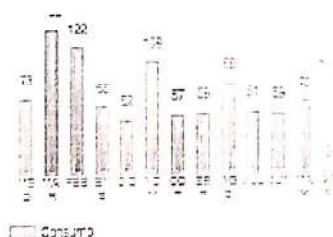
Veja a legenda no verso desta conta CN: 1515

Conjunto TRAJIRI

Mes JAN/ 2019

Índice	Padrão Individual		Padrão Individual		Anual
	Mensal	Trim.	Mensal	Trim.	
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00
FIC (h)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94		0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1148425-0 Nº da Nota Fiscal: 568060343 Total a Pagar (R\$): 107,08
 Data de Emissão: 24/04/2019 Referência: MAR/2019 Nº de Controle: 00M1148425-05354316-2

83880000001-1 07080031000-5 00011484250-T 05354316200-2





CONSULTA POR BENEFICIÁRIO



MINISTRO 3190047977 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SAMUEL PEREIRA BARBOSA

ABERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DPVAT - REV

Endereço S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO SAMUEL PEREIRA BARBOSA

CPF/CNPJ: 90317130315

Posição em 01-04-2019 09:13:57

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

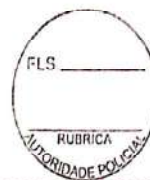
Documentação médico-hospitalar Vítima Não Conforme



BOLETIM DE Ocorrência



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 561 - 391 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/03/2018 09:08:58**
Data / Hora da Ocorrência: **14/10/2017 15:50:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **CÓRREGO SÃO GONÇALO** Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SAMUEL PEREIRA BARBOSA**
Nascimento: **14/10/1977** CPF: **903.171.303-15**
RG: **3350766** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PEREIRA BARBOSA**
LUIS GONZAGA BARBOSA
Endereço: **RUA DA PRAÇA DO HOSPITAL**
Bairro: **ALTO SÃO FRANCISCO**
Município: **TRAIRI/CE** CEP: **62.690-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitado, seguia guiando a motocicleta acima discriminada, por uma estrada asfáltica quando o animal invadiu a via; Que o declarante ao tentar desviar, perdeu o controle da motocicleta e veio a cair ao solo; QUE na queda o declarante afirma ter machucado o calcâneo direito, sendo socorrido por populares, que vinha passando no local e o levou ao Hospital Municipal de Trairi/CE, conforme boletim de atendimento apresentado; QUE possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria AB, validade 02/06/2021; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de FRANCINETE PINHEIRO DA SILVA, filha de Francisco das Graças V. da Silva e Benedit Pinheiro da Silva, portadora do RG 2946398 SSP-CE, CPF 673.564.002-00, residente na Praça do Hospital, Alto São Francisco, TRAIRI- CE, e EDILENE OLIVEIRA FREITAS BARBOSA, filha de José Oliveira Freitas e Izaura Teixeira Freitas, portadora do RG 2004015033159 SSP-CE, CPF 760.220.213-91, residente na Avenida Senador Virgílio Távora, Alto São Francisco, Trairi/CE; QUE registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.
As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ERNESTO EUCLIDES FEIJÃO JUNIOR - MAT.: 404695-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Samuel Pereira Barbosa

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Francinete

Edilene

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/03/2018 09:22:43



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 561 - 391 / 2018
VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCELO VEIGA VIEIRA - MAT.: 30103815



Francinete Pinheiro da Silva

Edilene Oliveira Freitas Barbosa

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Samuel Pinheiro da Silva

Pág. 2 de 2

Impresso em: 07/03/2018 09:22:43

[Handwritten signature]



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

22/10/2017

Impressão: 14/10/2017 18:11

Página 12

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE							
Protocolo	Atendimento	Nome do Paciente					
236975	0001	SAMUEL PEREIRA BARBOSA					
Documento(s)		CNS				Guia de Autorização	
CPF: 903.171.303-15		705203438721973					
Data do Nascimento		Local		Estado Civil		Sexo	
15/10/1977		ITAPIPOCA/CE		Solteiro(a)		Masculino	
Pai		Mãe		Idade			
LUIS GONZAGA BARBOSA		MARIA PEREIRA BARBOSA		39 Ano(s)			
Endereço		Bairro		CEP		Município	
RUA SERRINHA, SN		ALTO SAO FRANSI		62690-000		TRAIRI	
Profissão		Empresa		Cônjuge		Telefone	
AUTONOMO						85998389970	
Responsável		CPF do Responsável		Endereço		UF	
SAMUEL PEREIRA BARBOSA				RUA SERRINHA, SN		CE	
				Município		C	
				TRAIRI			

DADOS DO ATENDIMENTO							
Data Atendimento	Hora	Convênio		Matrícula			
14/10/2017	17:25	SUS					
Profissional do Atendimento				CRM/UF		Tipo Atendimento	
RAMON RAWACHE BARBOSA MOREIRA DE LIMA				13264/CE		CONSULTA	
Indicador do Acidente				Funcionário			
				LARISSA SOUSA SALES			
Observação							
Sinais Vitais		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída			
				() Alta () Internação () Óbito			
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)		
97,000					139 X 76		
Classificação de Risco							
Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 14/10/2017 18:12							
Responsável pela Classificação: ANTONIO EURANI CAET							
Relatório:							
Paciente referenciado do município de Trairi, relata queda de moto, ferimento em calcâneo direito. Hipertensão. Nega alergia medicamentosa e diabetes.							

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

*Lesão costal contusa em
colunas D.*

cd: fratura + alto curativo.



Dr. Ramon Rawache
CRM 13264/CE
Fis. 29
Paciente Único de Saúde sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

+ Samuel Pereira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SAMUEL PEREIRA BARBOSA

RAMON RAWACHE BARBOSA MOREIRA DE LIMA - CRM: 13264



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1- Verificar a data de emissão da
2- Em caso de erro, corrigir e
3- Assinar e carimbar a data de emissão
4- Colar a foto do profissional
5- Colar a foto do paciente

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____
Idade Sanitária: _____
Nome: Samuel Pereira Bonifácio Município: _____
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: ____/____/____ Prontuário nº: _____
Profissão: _____ Ocupação: _____
Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: _____
Resultado de Exames: Exame de urina em bancada e exame de urina em colcha de microscópio
GAT.
Do Osteopata
Exames já Realizados: _____
Exame Diagnóstico: Exame de urina em bancada e exame de urina em colcha de microscópio
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: Enfermeiro Data: 14/10/19 Hora: 15:51



AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Data de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Assinatura de referência: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____
Assinatura de referência: _____
Motivo do Encaminhamento: _____
Resultado de Exames: _____
Exame Principal: _____ CID: _____
Exame 1: _____ CID: _____
Exame 2: _____ CID: _____
Assinatura de Conduta para Seguimento: _____
Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Encaminhamento e Carimbo: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE	
Prontuário 286975	Atendimento 0001
Nome do Paciente SAMUEL PEREIRA BARBOSA	
Documento(s) CPF: 903.171.303-15	CMS 705203430721973
Data de Nascimento 15/10/1977	Cidade de Autorização
Local ITAPIPOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)
Sexo Masculino	Idade 39 Ano(s)
Pai LUIS GONZAGA BARBOSA	Mãe MARIA PEREIRA BARBOSA
Endereço RUA SERRINHA, SN	Bairro ALTO SAO FRANCIS
Profissão AUTONOMO	CEP 62690-000
Empresa	Município TRAIRI
Responsável SAMUEL PEREIRA BARBOSA	UF CE
CPF do Responsável	Telefone 85998309970
Endereço RUA SERRINHA, SN	Município TRAIRI
UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO	
Data Atendimento 14/10/2017	Hora 17:25
Convênio SUS	Matrícula
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR	CRM/UF 4920/CE
Indicador de Acidente	Tipo Atendimento CONSULTA
Observação	Funcionário ANA MAYARA DE ARAUJO SOUSA
Sala	Data/Hora Liberação
Sinais Vitais	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito
Peso (kg) 97,003	Altura (cm)
T (°C)	P (bpm)
Classificação de Risco	FR (mpm)
Classificação de Risco ACOLHIDO	P/A (mmHg) 139 X 78

Responsável pela Classificação: ANA MAYARA DE ARAUJO
Data e Hora: 14/10/2017 19:52
Relatório:
Paciente referenciado do município de Trairi, relata queda de moto, ferimento em calcâneo direito. Hipertenso. Neg. alergia medicamentosa e diabetes.

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

*OT trauma calcâneo
por queda de
moto, e início de
hematoma
no Rx de Calcâneo, fratura
múltipla - Alta por
estabilização*



Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06

Unidade Filial de Trai-CE
Unidade Única de Saúde sem
ter tipo de atendimento.

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SAMUEL PEREIRA BARBOSA



Resolução do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- 1- Preencher a ficha em três vias
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para encaminhá-la com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: Samuel Pereira Bonfina Município: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Prontuário nº: _____
Endereço: _____ Ocupação: _____
Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:

Unidade de Exames:

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

14/10/17 15:5

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____

Secundário 1: _____ CID.: _____

Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 14/10/2017 Horário: 15:40 Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância

Paciente: Samuel Pereira Barbosa
Nome da Mãe: Wagner Pereira Barbosa

Idade: 40 Sexo: M Data de Nascimento: 15/10/1977 Nº do RG: Telefone:
Escolaridade: Cartão do SUS: Profissão:

Endereço: Rta São. F. C. Bairro:

Cidade: Crato Estado: CE Recepcionista: Jansen

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂:

História Clínica: Fratura exposta de calcâneo.
GAT

Diagnóstico: fratura exposta

Exames Solicitados

1. 2.
3. 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE DATA DA SAÍDA HORA DA SAÍDA
() Alta () Transferência () Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável



DOCUMENTO DO VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

013556422596
VIA 01 CDD. RENAVAM 00536189056 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
EDILENE OLIVEIRA FREITAS
RAIRI

CPF / CNPJ 76022021391 PLACA CFS4913/CE

PLACA ANT / UF / PA 9C23045306R011194 CHASSI

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTONETA/NAC APPLIC 2 COMBUSTÍVEL GYAL 125 CC

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 EX ANO FAS 2011 ANO MEC 2011

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC CCR PREDOMINANTE MANEJO

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 2

FAIXA LEVA. PARCELAMENTO COTAS 3

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL TRAIRI 04/05/2017

Igor Ponte
Coordenador DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOR POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E SUAS CARGAS A PARTIR DO TRANSPORTE DE QUALQUER VEICULO DPVAT

DE Nº 04373591/2017 BOMETE DE REGISTRO

ESTE É O BOMETE DE REGISTRO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES DE SEU SEGURO DPVAT
WWW.DPVAT.COM.BR
BAC DPVAT 0800 00 12 1201

DATA DE 04/05/2017

PLACA CFS4913/CE

CHASSI 9C23045306R011194

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TOTAL (R\$) 30,33

IOF (R\$) 1,15

DATA DE PAGAMENTO 04/05/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOR POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E SUAS CARGAS A PARTIR DO TRANSPORTE DE QUALQUER VEICULO DPVAT

MOTOR JC48ES00111-1



TOMBO

REGISTREI a presente ação sob o nº 2912 - 04.2019
no Livro de nº 10 da SECRETARIA
Trairi/CE, 15 / 07 / 2019
R/Carla
Diretor(a) de Secretaria

CONCLUSÃO

Aos 15 / 07 / 2019 faço estes autos
conclusos M. M. Juiz de Direito.

R/Carla
Diretor(a) de Secretaria