

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

(nome) JOSÉ ROBERTO VITAL DA SILVA,
 brasileiro(a), (estado civil) CASADO, (profissão) DESEMPREGADO,
 portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 9001099129069,
 inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 044.215.103-94,
 residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade)
PV CARRAPICHO, S/N, BOA ESPERANÇA
 Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161, e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço à Rua Fortunato Barroso, 270, Centro, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (adrianopinheiro.adv@gmail.com - neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebem intimações e demais comunicações.

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, 18 de DEZEMBRO de 2019.

José Roberto Vital da Silva
 OUTORGANTE

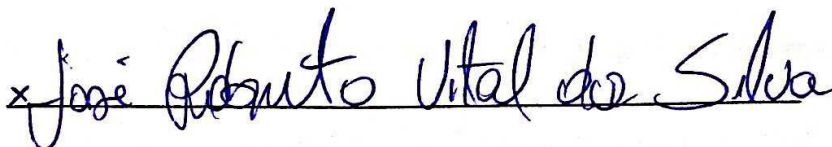
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

(nome) JOSÉ ROBERTO VITAL DA SILVA,
 brasileiro(a), (estado civil) CASADO,
 (profissão) DESEMPREGADO, portador da cédula de identidade Registro
 Geral n.º 2001099129069, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas
 Físicas sob o n.º 044.215.103-94, residente e domiciliado(a)
 (Rua/Avenida/Localidade) PV CARRAPICHO, S/N, BOA ESPERANÇA
Trairi/CE, CEP: 62.690-000,

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Trairi/CE, 18 de DEZEMBRO de 2019.



DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, JOSÉ ROBERTO VITAL DA SILVA,
 brasileiro(a), CASADO, DESEMPREGADO
 com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PV CARAPICHO, S/N, BOA ESPERANÇA
 Trairi/CE, Cep: 62690-000, **DECLARO** 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 extraída do sitio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros 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 provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou 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 azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente 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).

Trairi/CE, 18 de DEZEMBRO de 2019.

Jose Roberto Vital da Silva

DECLARANTE

ESTADO DO CEARÁ

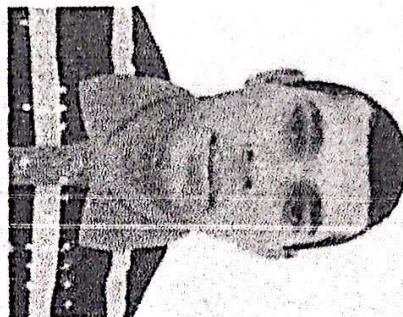
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

Jose Roberto Vital da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TIPOGRAFIA GZS & SONS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001099129069

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/06/2018

NOME JOSÉ ROBERTO VITAL DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ VENCERI FERREIRA DA SILVA

MARIA CONCEIÇÃO VITAL DA SILVA

NATURALIDADE TRAIRI - CE

DATA DE NASCIMENTO 30/12/1987

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3.962 FOLHA: 158

LIVRO: B-08 TRAIRI - CE

CPF 044.215.103-94

2 VIA



ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TIPOGRAFIA GZS & SONS

P.: 11



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 040494716

fls. 17

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

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

Esta é a sua conta de
11/2019

Nº DO CLIENTE	
6313466	DV
VENCIMENTO	
04/12/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
66,28	
DATA EMISSÃO	
27/11/2019	

DADOS DO CLIENTE
Nome ADELAIDE MARTINS DOS SANTOS

Endereço PV CARRAPICHO 00000 00000
62690-000 TRAIRI BOA ESPERANCA
Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5140123-ELE-626 - TR019U11

CPI / CNPJ
055.556.813-05

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
F12A.26E9.5CA9.AA9C.1032.6491.99A5.7CB3

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
28/10/2019	27/11/2019	29/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	4087,00	4028,00	69,00	0,00	0,00	0,00	1,00	69,00	69,00	0,24812	17,12

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		4,71
Consumo sem Subvenção		19,24
Desconto Baixa Renda		19,24
Consumo de 000 kwh até 030 kwh	30	0,17667
Consumo de 030 kwh até 100 kwh	39	0,30308
Adicional Band. Amarela		11,82
Adicional Band. Vermelha		0,04
Cofins Compl Bx Renda		1,25
Debito De Pequenos Valores		0,07
Pis Compl Bx Renda		43,07
		0,02

CÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
		0 100

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
08/2019	65,89
Total	65,89

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 29/10 - 31/10 Vermelha: 01/11 - 27/11 SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0028940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO. SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0028940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

83810000000-0 66280031100-9 00469036607-0 00006313466-7



ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, JOSÉ ROBERTO VITAL DA SILVA, brasileiro(a),
CASADO, DESEMPREGADO RG 9001099129069
 CPF 044.215.103-94, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
PV CARRAPICHO, S/N, 62690-000, TRAIRI/CE, BOA ESPERANÇA

declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, visando realizar a simples prova das lesões e do dano físico decorrentes de acidente automobilístico, perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT - S/A, em acatamento ao que determina o art. 5º da Lei Federal 6.194/74, que fui vítima de acidente automobilístico quando PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BAOS ES
 (marca/modelo), OIE3435/CE (placa), ARANJA (cor), 2012/2012 (ano de fabricação/modelo)
PARTICULAR (categoria) 9C2KD0550CR590232 (chassi) de propriedade do
 Sr.(a) PAULIENE TEIXEIRA DE CASTRO

Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 08:09:00, no dia 15/11/2019, no seguinte endereço/localidade: BOA ESPERANÇA, TRAIRI/CE

Obs: O DECLARANTE SEGUIA COM SUA MOTO, QUANDO UM OUTRO MOTOCICLISTA VINHA NA CONTRAMÃO EM ALTA VELOCIDADE, ATINGINDO O DECLARANTE LATERALMENTE

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: TRAUMA EM PUNHO DIREITO E ESIORTAÇÕES

Oportunamente, informo que as testemunhas também signatárias, presenciaram e/ou têm conhecimento dos fatos narrados na presente declaração e estão cientes das penalidades constantes no art. 299 do Código Penal.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular."

Caso haja interesse por parte da Seguradora Líder em realizar avaliação complementar da documentação e dos fatos narrados, bem como perícia médica para aferir o grau da lesão física, me encontro à disposição

TESTEMUNHA 1 - Paulo Teixeira de Castro
 RG 2007166251-5, CPF 050.781.333-21

(Assinatura) Paulo Teixeira de Castro

TESTEMUNHA 2 - Marcos Antonio Almeida Ribeiro
 RG 2009010148021, CPF 603.687.813-30

(Assinatura) Marcos Antonio Almeida Ribeiro

x José Roberto Vital da Silva

DECLARANTE



Lei Federal 6.194/74 "Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)



HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Emergência ☒ Muita urgência ☐ Urgência ☐ Pouca urgência ☐ Não urgência

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 13.11.19. Horário: 08:39 Paciente chegou: () Meios próprios () Ambulância
() Carro do PSF

Paciente:

José Roberto Vital da Silva

Nome da Mãe:

maria conceição Vital da Silva

Idade: 31 anos Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 30/12/87 Nº do RG: 2001099129069 Telefone: 99779089

Escolaridade: Cartão do SUS: Profissão:

Endereço: Boa Esperança Bairro:

Cidade: Duim Estado: CE Atendente:

PA: 100/60 mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: 52 bpm SPO₂:

Registro de Enfermagem:

História de doenças: Histo de doenças muito com.

História Clínica: muito sic. Trauma no

punho direito e escarifica

Diagnóstico:

em: Solução RX

Exames Solicitados

1. 2. 3. 4. Leonardo Fontenele Médico CREMEC 13254

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:

- ① Voltar 7 km, em 08:55
- ② Lança das lentes

Debora Soares Freitas
CORENCE 11443.668-7

Leonardo Fernandes
Médico
CREMEC: 13254



TRAIRI
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde



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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: Trairi

Nome: Roberto Vital de Silva Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 30/12/84 Ocupação: _____

Endereço: Espanha Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: doença crônica com muito SCL

Resultado de Exames: hemograma no ponto direito. PX

Conduta já Realizada: instalação de placa de vidro distal

Impressão Diagnóstico: trauma de vidro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Data: 15/11/13 Hora: _____

Função: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Ampliação / TRAUMATOLOGIA

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

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

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

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

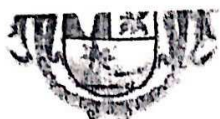
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

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 ☐



HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Emergência ☒ Muita urgência ☐ Urgência ☐ Pouca urgência ☐ Não urgente

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 18.11.19 Horário: 08:12h Paciente chegou: (X) Meios próprios () Ambulância
() Carro do PSF

Paciente:

Nome da Mãe:

José Roberto Vital da Silva
Márcia Conceição Vital da Silva

Idade: 33a Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento: 30/11/87 Nº do RG: 2001099129069 Telefone:
Escolaridade: Cartão do SUS: Profissão:

Endereço: Boa Esperança Bairro:

Cidade: Trairi Estado: CE Atendente: Trairi

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

Registro de Enfermagem:

História Clínica: Fratura de ulna direita há 3 dias. Está com imobilização.

Diagnóstico:

Exames Solicitados

1. 2. ep. Atestado
3. 4. indico

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

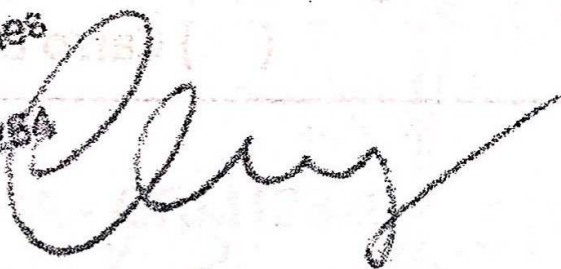
DESTINO DO PACIENTE DATA DA SAÍDA HORA DA SAÍDA
() Alta () Transferência () Óbito

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

① Trocar af
afadene da
inutilizacw

Leonardo Fernandes
Médico
CREMEC: 13284





SAOCAMILO
Farmácia de Especialidade
Rua do Comércio, 100 - São Paulo

v2019003

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 262226/1

Dt./Hr. Impressão: 15/11/2019 14:57

Paciente: JOSE ROBERTO VITAL DA SILVA - 31 Ano(s)

Dt. Nasc.: 30/12/1987

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: DISTRITO BOA ESPERANÇA, SN, BOA ESPERANCA, TRAIRI - CE - CEP: 62690-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - FLANCOX 500 MG Duração do Tratamento: 7 DIAS Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS DURANTE 7 DIAS	500mg	oral	14 (QUATORZE)	

15 de novembro de 2019

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320 / RQE: 8835

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM12320

16,366,691/0001-81 FARMACIA FARMANOSSA
FARMANOSSA PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
R MANOEL TEIXEIRA
CNPJ 16.366.691/0001-81 IE 066094348 IM ISENTO

Extrato No. 008360
CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

#ICOD	DESCRICAO	QTD	UN	VL UN	VL TR	VL ITEM	R\$
001	07896637023238 FLANCOX 500 C/14						
		001	UN	36,58	(4,21)	36,58	
	desconto sobre o item					-5,25	
Total Bruto dos Itens							36,58
Total de Descontos Sobre o Item							-5,25
TOTAL							31,33
Dinheiro							50,00
Troco							18,67

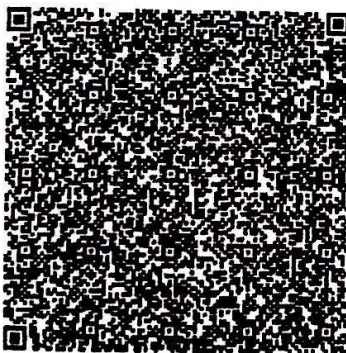
OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Controle: 3967
Valor aproximado dos tributos deste cupom.
Trib. Aprox. FED: R\$4,21 EST: R\$0,00 F:IBPT F3W1D7
Conforme Lei 12.741/2012.

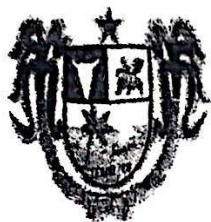
SAT No. 230118234

28/11/2019-15:30:19

2319 1116 3666 9100 0181 5923 0118 2340 0836 0010 4033



Condição: DINHEIRO
Vendedor: 31 - JOCENIR ALVES DE SOUSA
Usuário: JOCENIR
Você economizou R\$ 5.25



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que a o Sr. (a) José Roberto Vital
da Silva.

Necessita de 20 (Vinte) dia (s) de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. _____

18/11/19

sonardo Fernandes
Médico
CREMEC: 13254

Ass. Do Médico - CRM.

Secretaria Municipal de Saúde - Av César Cals S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 62.690-000

61242 F

GREEN

D



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ GRANJA RIBEIRO.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que a o Sr. (a) JOSE ROBERTO

VIAZ PA GLUA

Necessita de 07 (SETE) dia (s) de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. _____

16, 11, 19

Dr. Rômulo Amorim

Médico

CREMEC 20.398

Ass. Do Médico - CRM

Secretaria Municipal de Saúde – Av César Cals S/N – Centro – Trairi – CE – CEP 62.690-000

Fone: (85) 3351-1504 – CNPJ: 07.533.946/0001-67 – CGF 05.920.238-9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **015038675283**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG **1** COD. RENAVAM **473746590** R.N.T.R.G. **0000000000** EXERCÍCIO **2018**

NOME
PAULIENE TEIXEIRA DE CASTRO

ITAPIPOCA /CE

CPF / CNPJ **03378654341** PLACA **QIB3435/CE**

PLACA ANT / UF *******/CE** CHASSI **9C2KD0550CR590232**

ESPÉCIE TIPO **PAS/MOTOCICLO/FAO APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOL/ALCO**

MARCA / MODELO **HONDA/NXR150 BROS ES** ANO FAB. **2012** ANO MOD. **2012**

CAP / POT / CIL **2P/OCV/149CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **LARANJA**

COTA ÚNICA ********* VENC. COTA ÚNICA ****/**/**** VENC. / COTAS **1º *******

FAIXA I.P.V.A. ******* PARCELAMENTO / COTAS ********* **2º *******

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **60.11** IOF (R\$) **0.32** PRÊMIO TOTAL (R\$) **84.56** DATA DE PAGAMENTO **19/06/2018**

OBSERVAÇÕES

LOCAL **ITAPIPOCA** DATA **12/07/2019**

Ignor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº **015038675283** BILHETE DE SEGURO DPVAT

03378654341 **QIB3435 /CE**

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

15038675283 **5146563116**

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **12/07/2019**

VIA **1** CPF / CNPJ **03378654341** PLACA **QIB3435**

RENAVAM **473746590** MARCA / MODELO **HONDA/NXR150 BROS ES**

ANO FAB. **2012** CAT. TARIF **09** Nº CHASSI **9C2KD0550CR590232**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **36.05** DENATRAN (R\$) **4.01** CUSTO DO SEGURO (R\$) **40.05**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **4.15** IOF (R\$) **0.32** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) **84.56**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **19/06/2018**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.608/0001-04

MOTOR: **KD05E5C590232**

