

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018197220 . 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/08/2018

NOME LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

FILIAÇÃO ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS
OCELIA DA SILVA FREITAS

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 28/04/2001

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: JACAÚNA TERMO: 3929 FOLHA: 84 LIVRO: A
XI AQUIRAZ - CE
CPF 094.722.193-06

1 VIA *Laiane Lorena da Silva Freitas* ASSINATURA DO DIRETOR P.: 9
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

Polegar Direito

Laiane Lorena da Silva Freitas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

7628169

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

fls. 11

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 568198959

Rota 21 20009 55 062640 - 9 Data de Emissão 30/03/2019
 Nome OCELIA DA SILVA FREITAS
 End. Postal RU LUIZA BENTO DE FREITAS 00000
 DISTRITO TAPERA - AQUIRAZ - 61700000
 Medidor 6292137 Poste 0000 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 866721423-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Abr/2019
 Data da Apresentação 30/03/2019
 Previsão Próxima Leitura 30/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto Fatores 2019
 Mês DICRI = 16,50 P
 EUSO 30,40

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 69,50
 Alíquota 27,00%
 Valor do Imposto 18,76

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
18,29	28,59	41,19	0,00	0,00	0,00
DIC 7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
FIC 5,48			0,00		
DMIC					

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3E05.05EF.65E1.5F7B.47D8.D4B4.97E0.32C8

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3843	3747	1,00	96	0,00	96	0,72397	69,50
30/03/19	27/02/19		31 DIAS		96		69,50

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 01/2019
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)
 69,50
 1,67
 5,12

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

76,29

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,84
Transmissão	2,76
Distribuição	14,23
Encargos Setoriais	3,53
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	22,22
TOTAL	69,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

115	96	116	127	115	129	113	122	112	99	132	131
115	96	116	127	115	129	113	122	112	99	132	131

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 37,48
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**CONTAS EM ATRASO****AVISO DE DÉBITO VENCIDO:**

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 107,55. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mes/Ano 02/2019
 Valor R\$ 107,55

Consta desta fatura R\$ 3,46 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,89% e COFINS: 4,10% (Art. 9, Reg. 100-2005 - INEEL e 1013 n. 10, 637-02 e 10, 633-03).
 Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.087/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

2130-4486152

2512-20526152

Moura Advogada

Contrato de prestação de serviços e honorários advocatícios

Pelo presente instrumento particular de contrato, Rochelle de Arruda Moura, inscrita na OAB/CE nº 33616, doravante denominada "Contratada", convencionou e contrata com LAIANE LOPES DA SILVA FREITAS

(nome), BRASILEIRO(A) (nacionalidade), SOLTEIRO (estado civil), SEM PROFISSÃO (profissão),

portador da cédula de identidade de nº 2018197220-9, inscrito no CPF sob o número 094.222.193-06, residente e

domiciliado LUANA BEATO DE FREITAS, S/A, DISTRITO IAPENA, AQUIVIA - CE

denominada "Contratante" o seguinte:

Cláusula 1ª. O Contratado compromete-se com o presente termo a prestar assessoria jurídica a Contratante no tocante ao ajuizamento e acompanhamento da Ação Judicial de Cobrança em desfavor da Seguradora Lider Consorcios de Seguro Dpvt S.A.

Cláusula 2ª. Em remuneração aos serviços profissionais ora pactuados (honorários), o Contratante pagará ao Contratado a importância equivalente a 30% do valor do proveito econômico obtido pelo Contratante, a ser pago no ato da liberação do valor fixado pelo Poder Judiciário.

Ressalva-se que:

O percentual acima retratado será abatido da quantia total fixada em sentença judicial. Não será cobrado nenhum valor ou quantia em acréscimo, seja antes ou após a liberação do benefício, apenas e tão somente o percentual de 30% a título de honorários advocatícios.

§ 1º. Os pagamentos deverão ser efetivados na conta da Contratada.

Banco **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Agência - 3604

Conta - 00015269-6

Tipo - 013 (poupança)

Titular - Rochelle de Arruda Moura

Cláusula 3ª. O valor total dos honorários poderá ser considerado automaticamente vencido e imediatamente exigível, sendo passível de execução, sem prévia notificação ou interpelação judicial, e resguardado o direito aos honorários de sucumbência, acrescido de multa contratual de 20 % (vinte por cento), juros de mora de 1% ao mês a atualização monetária pelo índice INPC nos seguintes casos:

a) quando não forem pagos os honorários nas datas estabelecidas, sejam integrais, sejam parcelados;



Moura Advogada

b) se for cassado o mandato sem culpa da Contratada.

Cláusula 4ª. São OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO: promover a defesa dos interesses do Contratante na ação já mencionada, até decisão final da primeira instância judicial, com diligência e dedicação.

Cláusula 5ª. Pelo pactuado neste contrato obrigam-se os Contratantes e seus sucessores(as).

Cláusula 6ª. O Contratante fica obrigado a, sempre que houver mudança de endereço, telefone ou e-mail, comunicar imediatamente a Contratada.

Cláusula 7ª. A inobservância por parte da Contratante, de qualquer cláusula deste instrumento acarretará a rescisão deste contrato, ficando sujeito aos honorários pactuados, bem como multa contratual de 20% sobre os mesmos, mais juros de 1% ao mês e correção monetária pelo índice INPC.

Cláusula 8. Para dirimir qualquer questão oriunda do presente contrato, as partes elegem o foro de Fortaleza - CE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e como prova de assim haverem contratado, fizeram este instrumento particular, impresso em 2 (duas) vias de igual teor e forma, assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Fortaleza - CE, 25 / 07 de 2020.

Rochelle de Arruda Moura
ROCHELLE DE ARRUDA MOURA
 (Contratada)

Raiane Lorena da Silva Freitas
 (Contratante)

Testemunhas:

1) Nome e doc: _____

2) Nome e doc: _____



Moura Advogada

PROCURAÇÃO JUDICIAL

OUTORGANTE: Laraine Lourenço da Silva Freitas
Brasileira (estado civil), Sem profissão (profissão),
Octília da Silva Freitas (nome da mãe) portador da
 cédula de identidade de nº 2019197220-9
 inscrito no CPF sob o número 094.722.193-06, residente e
 domiciliado Rua Bento De Freitas, s/n, Distrito
Itapira, Paraíba

OUTORGADO: Dra. Rochelle de Arruda Moura, advogada inscrita nos quadros da OAB-CE sob o número 33616.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, 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 receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, dar quitação, podendo agir em Juízo, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

FINALIDADE: Ajuizamento e acompanhamento do processo judicial ante a demanda da Ação de Reintegração de Posse em desfavor da Seguros Univas S.A.

Fortaleza - CE, 25/07 de 2020.

Laraine Lourenço da Silva Freitas
 OUTORGANTE

Dra. Rochelle Moura - OAB/CE 33.616
 advmoura1503@gmail.com - 85 98558.9045

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Laiane Lorena da Silva Freitas,
 _____, portador(a) do RG nº
2018197220-9 e do CPF nº 094.722.193-06, residente e domiciliado(a) à
Luiza Bento de Freitas, S/N, DT TAREM, Aquirim - CE

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.

Fortaleza - CE, 25, 07 de 2020

Laiane Lorena da Silva Freitas

Declarante



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2096 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/09/2019 09:00:09**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R LUISA BENTO DE FREITAS , TAPERA - TAPERA AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROXI. AO BAR DO FACÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**
Nascimento: **28/04/2001** CPF: **094.722.193-06**
RG: **20181972209** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **OCELIA DA SILVA FREITAS**
ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS
Endereço: **RUA LUISA BENTO DE FREITAS**
Bairro: **TAPERA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-8013**

Histórico

Informa a declarante que vinha como garupeira na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquiraz/Ce momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos cairiam ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leve; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital IJF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e várias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :  **FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Laiane Lorena da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) : **RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica a qual confere com o original do que dou fé

Distrito de Patacas 30 SET. 2019 Aquiraz/CE

Em testemunho Nauy da verdade

Wantuyl Ferreira da Silva

Tabellão / Registrador



CARTÓRIO PATACAS

Av. Josué Leite de Freitas, S/N

Patacas - Aquiraz

(85) 3113-1331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 **COD. RENAVAM** 1048236703 **R.N.TRG.** 0000000000 **EXERCÍCIO** 2018

PFT 01 **NOME** FRANCISCO GLEYDSON A GUIMARAES

 AQUIRAZ

PLACA PMK4186/CE

CHASSI 9C2KD0800FRO29715

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESD
ANO FAB. 2015 **ANO MOD.** 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/162CC **CATEGORIA** PARTIC **COR PREDOMINANTE** PRETA

COTA UNICA 1% **VENG. COTA UNICA** **/**/**
FAIXA LPVA 1% **PARCELAMENTO / COTAS** 2%
PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 **IOF (R\$)** 0.70 **PREMIO TOTAL (R\$)** 185.50 **DATA DE PAGAMENTO** 10/08/2018

OBSERVAÇÕES

AGUIRAZ **LOCAL** **DATA** 14/08/2018

Assinatura: Igor Ponte
Suplente: 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 014143355350 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

02945873303 **PMK4186/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
014143355350 **59615561146**

EXERCÍCIO 2018 **DATA EMISSÃO** 14/08/2018

VIA 01 **CPF / CNPJ** 02945873303 **PLACA** PMK4186

REN/VAM 1048236703 **MARCA / MODELO** HONDA/NXR160 BROS ES

ANO FAB. 2015 **CAT. TMS** PART **Nº CHASSI** 9C2KD0800FRO29715

PRÊMIO TARIFÁRIO
RNE (R\$) 81.29 **CEVATRAM (R\$)** 9.03 **CUSTO DO SEGURO (R\$)** 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 **IOF (R\$)** 0.70 **TOTAL SEGURO PESSOAL (R\$)** 185.50

DATA DE QUITAÇÃO 10/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.506/0001-04

MOTOR: KDO8E0F029715 **05016**



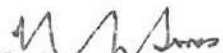
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar a **Sra. LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**, portadora do RG n.º 2018197220-9, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 094.722.193-06, dia 20/04/2019 às 15h53, no Município de Aquiraz-CE, na Rua Luiza Bento de Freitas, Bairro Tapera, próximo ao Bar do Facão, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 23 de julho de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Resumo de alta

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/ 05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass.: _____

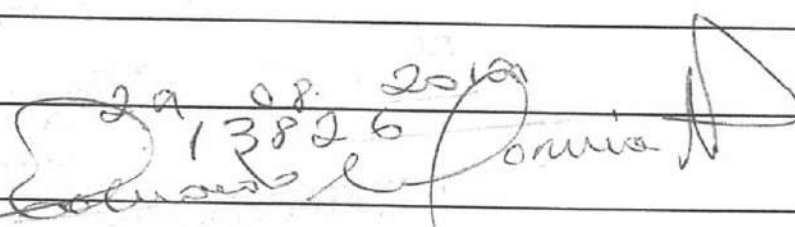
Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.

Data: 16/05/19

A. Luz

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 20/04/2019 17:17:58	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700401962301347	NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS			Registro: 5612000	
CPF: 09472219308	RG:	D. NASC: 28/04/2001	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: OCELIA DA SILVA FREITAS			NOME DO PAI: ANTONIO CEZAR CAMARA DE FREITAS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: LUIZA BENTO DE FREITAS		Nº: 90	BAIRRO: TAPERA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 91183668	MUNICÍPIO: AQUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 112 AQUIRAZ, COND. AROLD		PARENTESCO:		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 carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: colisão moto x carro com trauma exposto em MID , referindo cefaléia , há 02 horas , apres. dor nega desmaio					
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Prefeitura de
Fortaleza

LAUDO MÉDICO

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM MATERIAL DE OSTEOSINTESE EM MAIO DE 2019:

ATUALMENTE FRATURA CONSOLIDADA.

ALTA AMBULATORIAL

AO DPVAT

CID10: S82.1

Fortaleza, 29 DE AGOSTO DE 2019.

Dr. Guilherme Victor de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16787

Assinatura e Carimbo Médico



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia de Joelho
CRM 6256

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 16/05/19

Dispensa do trabalho por :

3025m7 du



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Gleydson Alves Guimarães

RG nº 2003006004178, data de expedição 03/08/18

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 029 458 733-03

com domicílio na cidade de Aquiraz, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Luiz Bento de Freitas, nº S/N

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

Luane Helena da Silva Freitas, cujo o condutor era

Bruno da Silva Freitas.

Veículo: MOTO Modelo: HAUDA/NXR160 BROS ESD Ano: 2015

Placa: PWX4186/CE Chassi: 9C2KD0800FRO29715

Data do Acidente: 20/04/2019



Local e Data: Aquiraz - CE 11/09/2019

Fº GLEYDSON A. GUIMARAES

Assinatura do Declarante

Bruno da Silva Freitas

Assinatura do Condutor

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de
FRANCISCO GLEYDSON
ALVES GUIMARAES.

Distrito de Patacas 13 SET. 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wantuyl da verdade

Wantuyl Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador



"NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O SELO DO TIPO 03, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TJCE, NA PORTARIA Nº 1.204/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 29/07/2019".

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331

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:	Nome completo da vítima:
	094.722.193-06	Laurane Lorena da Silva Freitas
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Laurane Lorena da Silva Freitas	094.722.193-06	
Profissão:	Número:	Complemento:
Relaxou	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Distrito Topera	Aguiar	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	61700-000	98865 9275

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)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>BRADESCO (2371)</u>
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>5304</u> CONTA: <u>9696</u>
(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 discorde 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, Aguiar - CE 11/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.