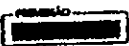




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA	
DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR 292703694 SSP CE	
	CIV 740.306.203-53
	DIA DO NASCIMENTO 02/08/1974
FUNÇÃO CUSTÓDIO JOSE DE OLIVEIRA CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO 	ACC 
CALHA AB	
1º PASSADO 03907103669	2º PASSADO 12/06/2019
3º PASSADO 05/08/2006	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura: <i>Cristiane Moreira de Oliveira</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	
DATA EMISSÃO 05/08/2014	
82858816861 CE142368628	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
972756346

PROIBIDO PLASTIFICAR
972756346



ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cristiane Moreira de Oliveira, brasileira, Técnica de enfermagem, portadora da carteira de identidade nº 9999036 da SSP/PE, inscrita no CPF/ME sob nº 740.306.903-53, com endereço Rua Pte. Senay Cavalcanti, 366, Senador Pompeu/PE.

OUTORGADO: **ELIANE BARBOSA SILVA**, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com clausula "Ad-judicia Et Extra", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvidicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 12 de Setembro de 2017

Cristiane Moreira de Oliveira
Outorgante

17

17



DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)



Eu Cristiane Moreira de Oliveira
Profissão Técnica de Enfermagem
CPF: 740.306.903-53, RG: 992703694, residente e
domiciliado(a) à Rua Pte. Sacy Cavalcante, 366
Bairro: _____ cidade Senador Pompeu, Estado: Pernambuco
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo
condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de
manutenção própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações
supervenientes.

Senador Pompeu, 12 de 09 2017

Cristiane Moreira de Oliveira

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Cristiane Moreira de Oliveira, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Téc. de Enfermagem,
natural de Sinador Pompeu, estado Ceará
nascido aos 09 / 08 / 1974, filho de Enestodo Lora de Oliveira
e Cristiane Moreira de Oliveira,
portador(a) do RG nº 9999036-94 Órgão Expedidor
SSP. CE, CPF nº 740.306.903-53, **DECLARO** conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Rua Pde. Sancy Cavalcante, 366, Sinador Pompeu - CE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Sinador Pompeu - CE., 12 de Setembro de 2017.

Cristiane Moreira de Oliveira
DECLARANTE

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

10-10-10

SINISTRO 3160709031 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 74030620353**Posição em 15-12-2016 21:12:05**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/12/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

CADASTRO PROEVO Nº

ACERTA (GLEICY)

FICHA DE REGULAÇÃO DE INVALIDEZ E ÓBITO

PARCEIRO: PINHEIRO CELSO-CE - - / **OUTRAS**

SINISTRO DPVAT:

PROCESSO: 55185

ASP:

SINISTRADO: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**CODIGO: **1 - PASSAGEIRO**DATA DO NASCIMENTO: **02/08/1974**CPF DO SINISTRADO: **740.306.203-53**

NATUREZA: Invalidez

DATA DO SINISTRO: **29/06/2016**

HORA: 18:20:00

PLACA: OSS-9660 / CE

CAT: **9 - MOTO**

BOLETIM: 551-1359/2016

DELEGACIA: POLICIA CIVIL

UF DELEGACIA: CE

L. DO FATO: SENADOR

UF DO FATO: CE

COMUNICACAO: 12/07/2016

POMPEU

NOME: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**CPF: **740.306.203-53**BANCO: **237 - Banco Bradesco S.A.**

AGENCIA:

TP CONTA:

CONTA:

0722-6**CORRENTE****1593-8**

ENDEREÇO: RUA: PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366 - CENTRO - SENADOR POMPEU - CE - CEP: 63.600-000

NOME DO PROCURADOR: EDILENE SOARES ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:

CPF: 650.734.873-20

DATA PROCURACAO:

01/02/1981

07/10/2016

PROFISSAO: Outros

RENDA: Recusou informar

ENDEREÇO: AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA, 970 - ZONA URBANA - SENADOR POMPEU - CE - CEP: 63.600-000

FONE: (85) 9989-0779

PENDENCIA:

Processo Analisado e Aprovado

PROCESSO CADASTRADO EM: 15/11/2016

POR: GLEICY

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1359 / 2016****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **12/07/2016 09:35:11**Data / Hora da Ocorrência: **29/06/2016 18:20:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO INHARE**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**Nascimento: **02/08/1974** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA****CUSTODIO JOSÉ DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366**Bairro: **ALTO DA ESPERANÇA**

CEP:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano de fabricação/modelo 2014/2014 cor BRANCA, placa OSS-9660 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2KD0550ER221078 licenciada em seu nome; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome José Luciano Lopes do Nascimento, nascido aos 07/08/1983, portador da CNH nº 04675352732, filho de José Costa do Nascimento e de Rita Lopes do Nascimento, perdeu o controle do referido veículo momento em que colidiu com um animal (burro), vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura de punho esquerdo; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1359 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

Jefferson
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

prova do ato declaratório

SECRETARIA DE SAÚDE
15

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 02/08/76

Crustiano Moreira de Oliveira -

Profissão Téc. de enfermagem	Idade 41	Cor PD	Sexo F	Estado Civil Solteira	Naturalidade Sen. Pompeu	Nac. Bras.
---------------------------------	-------------	-----------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---------------

Residência

R: Pe. Joacim Lavalcante, 366 - alto da Esperança

Pai

Crustodio José de Oliveira

Mãe

Crustina Moreira de Oliveira

Responsável

Da mesma

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

Data

29/06/16

Hora

19:20

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente automobilístico resultou com dor, edema e dificuldade de movimento nas pernas esquerda e direita, com muita dor nas pernas, dor no pescoço.

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

PESO

MAX

110

80

AUXILIAR

RETAL

DIAGNÓSTICO

- Acidente automobilístico
- Fratura da

TRATAMENTO:

- 1) Dor LFA + MORF 19:30
- 2) Analgesia com LFA + MORF 19:30
- 3) Dor LFA + MORF 19:30
- 4) Observação
- 5) Radiografia de pulm. esquerda
- 6) TALA GESSARA

DESTINO DADO AO PACIENTE

- Saída 7:00h
- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☒ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

(Assinatura)

Classificação Administrada por:

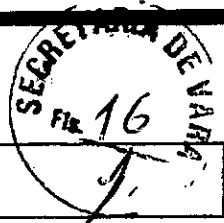
(Assinatura)

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

(Assinatura)
22/06/2016



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 02/08/74

Justiane Moreira de Oliveira -

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Téc. de enfermagem	41	PD	F	solteira	Sen. Pompeu	Bras.

Residência

R: Pe. Joacir Lavalcante, 366 - alto da Esperança

Pai

Justino José de Oliveira

Mãe

Justina Moreira de Oliveira

Responsável

o mesmo

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- | | |
|--|---|
| ☐ Andando | ☐ Regular |
| ☐ De Automóvel | ☐ Passando Mal |
| ☐ Ambulância | ☐ Comatoso |
| ☐ Aparentemente bem | ☐ Com Hemorragia |

Atendimento

Data

29/06/16

Hora

19:20

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido com
dor, edema e dificuldade de movimento pulso esquerdo,
extremidade em muita repouso esquerdo, dor em puno esquerdo.

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
110	80				

DIAGNÓSTICO

- Acidente Automobilístico
- Fratura Úlna

TRATAMENTO:

- 1) Dexam LF + AN, G 19:30
- 2) Celaxfen Long LF + anal 500mg, G 19:30
- 3) furosem Long LF + 100ml soro, G, (512) SN.
- 4) observação
- 5) Radiografia pulso esquerdo
- 6) TALA GESSARA

DESTINO DADO AO PACIENTE

- ☒ saída 7:00h.
- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☒ Residência | ☐ Internado |
| ☒ Em Observação | ☐ Transferido |
| ☐ Encaminhado ao Ambulatório | |
| ☐ Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| ☐ Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

[Assinatura]

Medicação Administrada por:

[Assinatura]

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

[Assinatura]
DR. DE MESSAS ORTIZ



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que CRISTIANE MORAES

LE OLIVEIRA recebeu atendimento médico em:

30/06/16 com diagnóstico de: Fratura

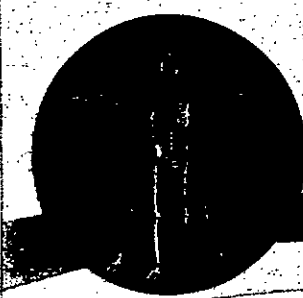
CID: S52.0

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 10 (DEZ) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 30/06/2016.

Dr. Antonio Gaspar do Vale Neto
Médico
CREMEC 15.696
MEDICO/CRM





Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

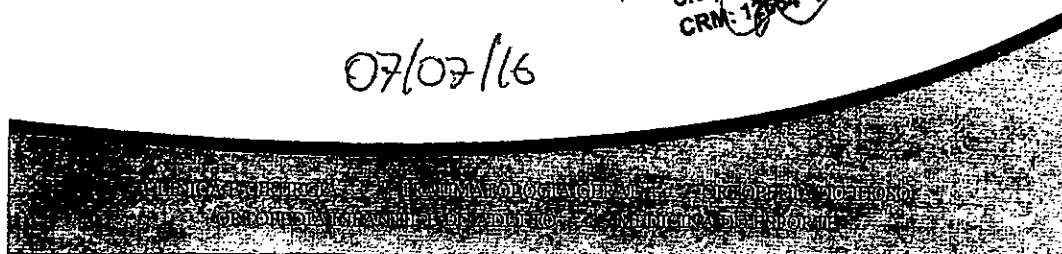
Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

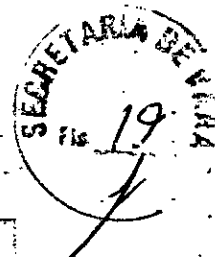
Atestado Médico

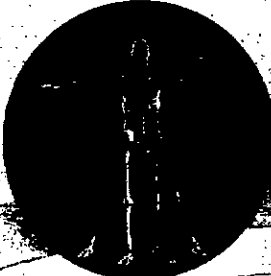
Atento aos CRISTIANOS MOREIRA R.
QUESTA ENCONTROU-SE EM ADORESMIA
POR CID S22.6, NECESSITANDO
DE 30 (TRINTA) DIAS DE ACADEMIAMENTO
DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM: 12554 TEOT: 14744

07/07/16







Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

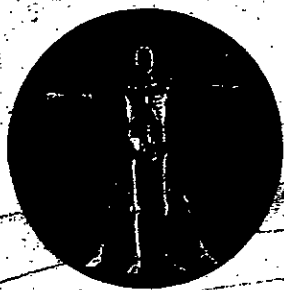
Cristiane Moreira de Almeida

ALGIMAC 1000. ——— Olca
01/07/12

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 12754 TEOT: 14744

07.07.16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE



Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

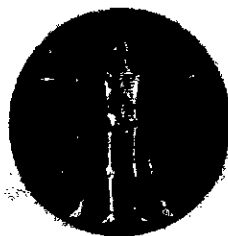
Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

CRISTIANE MORSIRA DE OLIVEIRA

R^{ua} X do P^{ovo} (E) PP
P

Dr. F^{co} Costa Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE



Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - UF

Pl CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA

Gesso tipo Lixa em MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
POR 3 SEMANAS.



Dr. F. Costa Neto
Ortopedista
CRM: 12654 TEOT: 14744

CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DE IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE



Pré de inscrição no CADASTRO DE saúde e segurança por terceiros, salvo em contrário.
TERRITÓRIO NACIONAL
Emissão em: 18/03/95

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012261142635
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 01155177059 0000000000 2015

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

SENADOR POMPEU /CE

CPF/CNPJ 74030820353 PLACA QSS9660/CE

PLACA ANT/UF /CE CHASSI 9B2KD0550ER221078

PAS/MOTOCICLO 7NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150-BR88-E3 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** **/ **/ ** 1 *****
P FADA LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
V ***** - ***** 3 *****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
S 4.15 1.11 292.01

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 08/12/2015

Rodr. Ponte
Superintendente - DETRAN-CE

SEGURO DO VEÍCULO DE RANCHO, FERRAGENS, SAGOS POR FURTO E
AUTOMÓVEIS DE INTERIORES, CUBAS, SANGRIA A PESSOAS
TRANSPORTADAS, SINALIZADO DO DPVAT

CE Nº 012261142635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 08/12/2015

VIA 01 CPF/CNPJ 74030820353 PLACA QSS9660

RENAVAM 01155177059 MARCA/MODELO HONDA/NXR150-BR88-E3

ANO FAB. 2014 COTA ÚNICA 09 CHASSI 9B2KD0550ER221078

PRÊMIO TARIFÁRIO
PRÊMIO (R\$) 129,04 IOF (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 1.11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 292.01

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 08/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

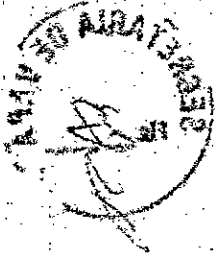
CNPJ 08.580.000/0001-00
www.seguradoralider.com.br

CHASSI 9B2KD0550ER221078 04429



Vítima, proprietária do veículo

Confirma o dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, e confirme CONFIRMAR e aguarde o comprovante.



CPF/CNPJ do emitente

Conta corrente

Conta de banco

Banco

Titular e endereço

Tempo de emissão de

DDC

Valor total a pagar

destinado

Destinatário

CPF/CNPJ do destinatário

Endereço

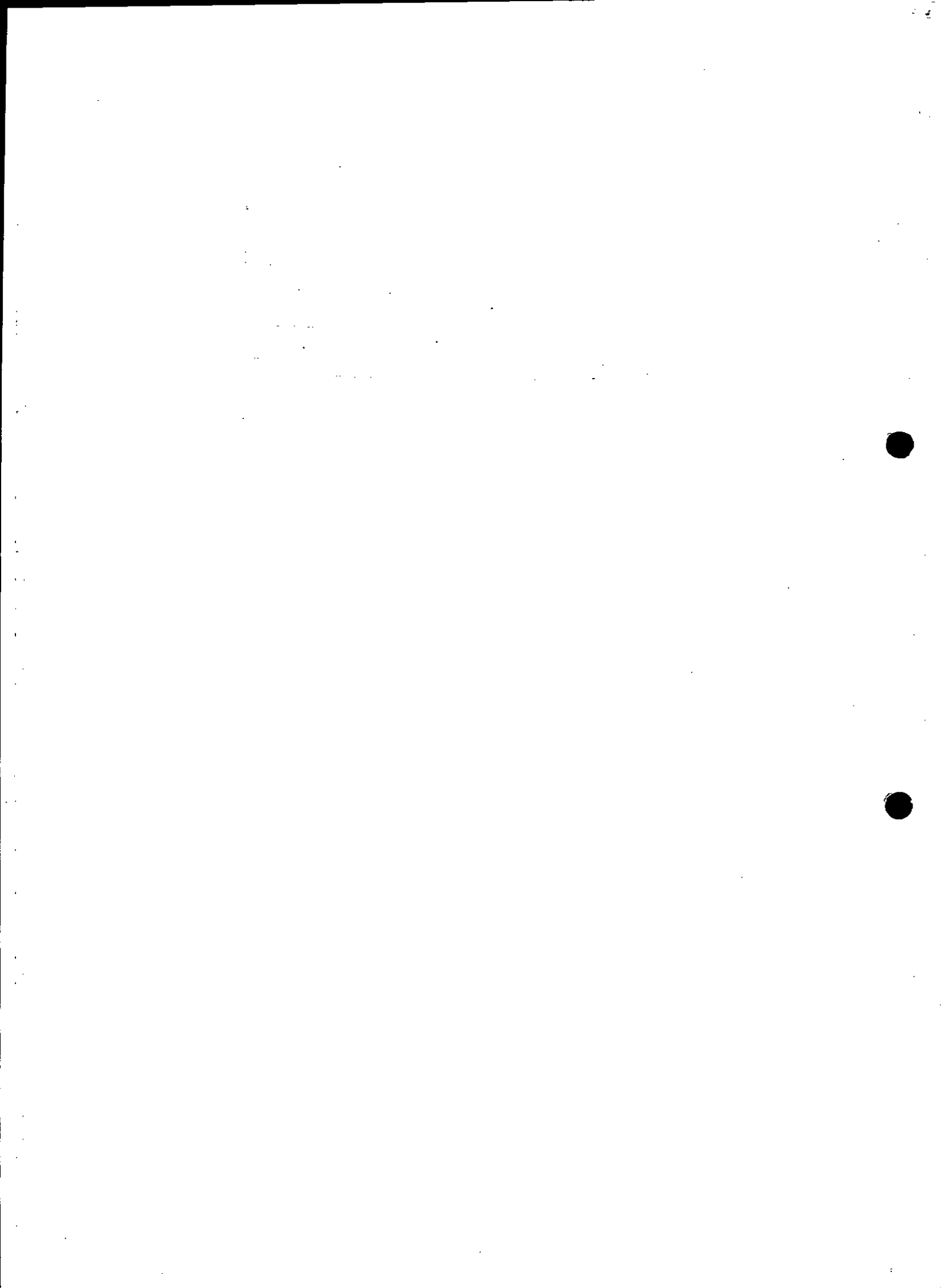
CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

740 308 303-23

28-Quilô

SECRETARIA DE VARA
Fls. 29





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Christiane Moreira de Oliveira,RG nº 89997036-94, data de expedição 06/12/94, Órgão SSP-PE

CPF nº 910.306.203-53, 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 Pte. Sarcin Cavalcante,</u>
Número	<u>366.</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741.</u>
E-mail	<u>— 11 —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - PE 15/09/2016Assinatura do Declarante: Christiane Moreira de Oliveira

Nº do Documento: 86052-0 Total a Pagar (R\$): 114,26
Data de Emissão: 19/08/2016 Nº de Controle: 0000086652 00504 39362 77
Nº da Nota Fiscal: 443057141

83840000001-4 14200031000-1 00000866520-6 05043936207-1



SECRETARIA DE VARI
Fls 23

INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO:				INTERIOR	
ESTE DOCUMENTO POSSUI DOIS EXTRATOS PARA PAGAMENTO, REFERENTES AO: (1) LICENCIAMENTO DO VEÍCULO E (2) SEGURO OBRIGATÓRIO, DEVENDO SER PAGO OS DOIS EXTRATOS PARA PLENA REGULARIZAÇÃO DO VEÍCULO.				2015	
 EXTRATO DE LICENCIAMENTO Documento de Arrecadação				N° Doc. 1.50017749-8 Vencimento: 10/12/2015	
Placa: OSS9660		Exercício: 2015		Folhas(s): 1/1	
Órgão	Taxa de Licenciamento / Multas	Cód.	N° AIT	Valor (R\$)	
	TAXA DE LICENCIAMENTO 2015	201		53,42	
	TAXA DE POSTAGEM DE DOCUMENTOS (CRLV) 2015	275		10,01	
Taxa de Licenciamento (R\$): 63,43		Multas (R\$): 0,00		Lic. + Multas (R\$): 63,43	
 EXTRATO DO SEGURO OBRIGATÓRIO Seguro Obrigatório Danos Pessoais					
Nome: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA		CPF/CGC: 740.306.203-53		Placa: OSS9660	
Exercício: 2015	Prêmio Líquido: 290,90	IOF (0,38%): 1,11	Cód. Seguro: 09	Prêmio Total (R\$): 292,01	

Autenticação Licenciamento

Autenticação Seguro Obrigatório