

Escritório Fortaleza

R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: PAULO ALVES SUCUPIRA, brasileira, solteiro, músico, portador da CNH número 05818596148 DETRAN/CE, inscrito no CPF sob nº 037.607.253-92, residente e domiciliado à Rua João Vieira Barbosa, nº 50, Caipú; Cariús/CE, CEP: 63530-000.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº. 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Edmar Vilar de Queiroz, nº 187-A, Edson Queiroz, CEP: 60.811-660; Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 07 de março de 2019.

Paulo Alves Sucupira

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavaicante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, N° 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO ALVES SUCUPIRA**, brasileira, solteiro, músico, portador da CNH número 05818596148 DETRAN/CE, inscrito no CPF sob nº 037.607.253-92, residente e domiciliado à Rua João Vieira Barbosa, nº 50, Caipú; Cariús/CE, CEP: 63530-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 07 de março de 2018.

Paulo Alves Sucupira

16/03/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **037.607.253-92**

Nome: **PAULO ALVES SUCUPIRA**

Data de Nascimento: **21/06/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/08/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:46:30** do dia **16/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FBDB.9D38.AB65.4180**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

12
10/08/2018

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:

0376072532

PAULO ALVES SUCUPIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: PAULO ALVES SUCUPIRA CPF: 0376072532

Profissão: MÚSICO Endereço: RUA JOÃO VIEIRA BARBOSA Número: 2060 Complemento:

Bairro: CAIPI Cidade: CAIPI Estado: PE CEP: 63530-000

E-mail: Tel.(DDD): (88) 9 9808-1707

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0613 CONTA: 190513

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nasoturo (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.

Local e Data: CAIPI/PE, 20-11-2018

Nome: PAULO ALVES SUCUPIRA

CPF: 0376072532

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CPF:

Assinatura

2º | Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS



Impresso nº 2018211242

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 489 - 1100 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/11/2018 08:43:13**Data / Hora da Ocorrência: **13/08/2018 13:21:00**Endereço da Ocorrência: **VILA CAIPU**

Complemento:

Bairro:

Município: **CARIUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **PAULO ALVES SUCUPIRA**Nascimento: **21/06/1989** CPF: **037.607.253-92**OUTROS: **063731**Orgão Emissor: **MT**

UF:

Filiação: **MARIA ALVES SUCUPIRA****JOSE SUCUPIRA SOBRINHO**Endereço: **RUA JOÃO VIEIRA BARBOSA, 50**Bairro: **VILA CAIPU**Município: **CARIUS/CE**CEP: **63.530-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Compareceu a esta Delegacia de polícia o noticiante e, cientificado das penalidades do crime de falso testemunho, disse que: no local e data acima mencionados, conduzia uma motocicleta modelo HONDA/CG 125 FAN, PLACA NQZ-9218, CHASSI 9C2JC4120AR024579, licenciada em nome de JOSE IVAN FELIX DA SILVA quando, repentinamente, foi desviar de um cachorro, fazendo com que o declarante perdesse o controle da motocicleta e viesse a cair no chão. Que foi ao Hospital Regional de Iguatu, onde foi feito os primeiros procedimentos. Que do acidente sofreu as seguintes lesões: "fratura no braço direito e demais escoriações pelo corpo", conforme relatado. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JUCAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBSON DOS SANTOS E SILVA - MAT.: 300632-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Paulo Alves Sucupira

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116

41



Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 027851	Atendimento 0014	Nome do Paciente PAULO ALVES SUCUPIRA	CNS 705006021291455	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006029192064			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1989		Local IGUATU/CE	Idade 29 Ano(s)	
Pai JOSE SUCUPIRA SOBRINHO			Mãe MARIA ALVES SUCUPIRA	
Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU
Profissão	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 35142059
Responsável PAULO ALVES SUCUPIRA		CPF do Responsável	Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B	Município IGUATU
			UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 13/08/2018	Hora 13:21	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA			CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário AURICELIA NUNES DE SOUZA	
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)
				PA (mmHg)

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

Contusão no tornozelo @ 15g
seus dobras e epiderme de fratura de 510
e dor e hematoma, cai ADH e cor.

Sol F.C
1 medicação
Analgésico

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Paulo Alves Sucupira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO ALVES SUCUPIRA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª via - Orientação ao Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Uso oral

ALGICOD (500mg/30mg)..... comprimidos CXS

Tomar 01 comprimidos a cada ____ / ____ horas.

Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Carimbo ou Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____

Data: ____ / ____ / ____

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 027881	Atendimento 0016	Nome do Paciente PAULO ALVES SUCUPIRA	CNS 705006021291455	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006029182064			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1989		Local IGUATU/CE	Idade 29 Ano(s)	
Pai JOSE SUCUPIRA SOBRINHO		Mãe MARIA ALVES SUCUPIRA		
Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B		Bairro COCOBO	CEP 83500-000	Município IGUATU
Profissão	Empresa	Conjuge		UF CE
Responsável PAULO ALVES SUCUPIRA		CPF do Responsável	Endereço RUA MAJOR PEDRO ALCANTARA, 67B	Município IGUATU

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/08/2018	Hora 15:20	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA		CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário AURICELIA NUNES DE SOUZA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
		às hs.	() Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

*fx de no dia prox. cl. leve do dia
cd: / melhora com
Análise de
Acomp. Anb*

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Paulo Alves Sucupira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO ALVES SUCUPIRA



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Paulo Afonso Magalhães

Fisioterapia

HD: - Fx. a beço do no dia

15 séries

RECEITUÁRIO
INSTITUICA
CRM 44577

IGUATU, 4 DE 3 20 18

Santo Espirito



Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

www.saocamiloiiguatu.org.br

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILLO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Paulo Henrique Siqueira

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(x) Permanecer afastado do trabalho (60) sexta
dias a partir de ____

Observações: _____

CID: 592.

42255

IGUATU 25 de 9 2018

[Signature]
ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira



**HOSPITAL MUNICIPAL
DR. THADEU DE PAULA BRITO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIÚS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: _____

Medicação

Declaro p/ os devidos fins que PAULO ALVES
SUCUPIRA, está em tratamento fisioterá-
pico nesta Unidade de Saúde devido a
sequela de Fratura no cotovelo D, apre-
sentando bloqueio articular p/ os últimos
graus de flexão de cotovelo D e prene-
supinação. Realizou 15 (quinze) sessões
de fisioterapia do dia 12/10/18 a 14/11/18.

Atenciosamente,

Dra. Adilsona Araújo da Costa

Fisioterapeuta

CREFITO: 17970-F

MÉDICO/CRM

DATA: 14/11/18

Rua Manoel Roque Bezerra, S/n - Bairro Esplanada - CEP: 63530000 - Carriús / Telefone(88) 3514-1205





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS JUSTIÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAMBADA NACIONAL DE TABELAÇÃO

NOME
PAULO ALVES SUCUPIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
2006029192084 SSP CE

CPF
037.607.253-92 DATA NASCIMENTO
21/06/1989

FUNÇÃO
JOSE SUCUPIRA SOBRINHO
MARIA ALVES SUCUPIRA

PERMITEÇÃO
ACC
CE

Nº REGISTRO
05618596148

VALIDADE
12/03/2023

1ª MANUSCRITO
02/07/2013

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

Paulo Alves Sucupira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
IGUAU, CE

DATA EMISSÃO
02/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
00061107016
CE154127194

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633532964

PROIBIDO PLASTIFICAR
1633532964



8466553
Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CDF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 547500447

Rota **20 12041 11 019000 - 4** Data de Emissão **29/10/2018**

Nome **PAULO ALVES SUCUPIRA**
End. Postal **RU JOAO VIEIRA BARBOSA 02060**
CAIPI - CARIUS - 63530000

Medidor **10878120** Posto **0000 0000**

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **037607253-92** CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	29/10/2018	28/11/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
150,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F500.2000.61F9.67FF.07F9.E3E4.0E27.C7C0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
21140	21021	1,00	119	0,00	0,00	0,14000	16,66
						0,34000	40,44
						0,51134	6,08

29/10/18	28/09/18	31 Dias	119	39,54
VALOR (R\$)				

VALOR CONSUMO DO MES **39,54**
MULTA MORATORIA REF 09/2018 **0,83**
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL **9,74**
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA **2,21**
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,78)

VENCIMENTO 06/11/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 52,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Descrição	Valor	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out
Energia	19,92	118	119	128	128	110	108	116	117	116	104	122	134	114
Transmissão	2,15													
Distribuição	11,35													
Encargos Setoriais	3,04													
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	5,32													
TOTAL	41,75													

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) **46,46** Compensado kg (CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (tCO₂) **0,00**

CONTAS EM ATRASO **1 DEBITOS ANTERIORES**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415532698
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 172651859 0000000000 2018

NOME
JOSE IVAN FELIX DA SILVA

CARIUS /CE

CPF / CNPJ 03962568301 PLACA NQZ9218/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC4120AR024579

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
1* 2* 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 03/10/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL CARIUS DATA 18/10/2018

Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CALSACUS PCT VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CAUSA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014415532698 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03962568301 NQZ9218/

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

014415532698 1413074714

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/10/20

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO PLACA
01 03962568301 NQZ9218

RENAVAM 172651859 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2009 CATEG. PARTIC Nº CHASSI 9C2JC4120AR024579

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL DO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.608/0001-04

MOTOR: JC41E2A024579 078





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ivan Felix da Silva RG nº 96024028864, data de expedição 11/12/2003, Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 039.625.683-01, com domicílio na cidade de Coruiú, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) João Vieira Barbosa nº 04 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 Paulo Alves Sulpina, cujo condutor era Paulo Alves Sulpina

Veículo: Moto

Ano: 2009/2010

Modelo: Honda/CG 125 FAS ES

Placa: NAZ 9218/CE

Chassi: 9C2JC4120ABD24512

Data do acidente: 13/08/2018

Local e Data: CE 060 entre Cairu (Coruiú+CE) e São Costano (Vargem Alegre CE) dia 13/08/2018

José Ivan Felix da Silva
Assinatura do Declarante

Paulo Alves Sulpina

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

