

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: LEUCAS CHAGAS BATISTA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
AGRICULTOR, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 2007010075664, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 040.631.383-05, residente e domiciliado(a) na
PV PEIXINHO S/N CANAAN TRAIRI/CE CEP: 62690-000

OUTORGADOS: **ADRIANO FERNANDES PINHEIRO**, OAB/CE 22.161 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 OUTORGADOS: Por este instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o(a)
outorgante firmatário(a), confere aos advogados outorgados poderes para representá-lo(a)
perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta e/ou indireta) ou Entidade de
Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as cláusulas "ad judicium"
e "extra" propor ações e/ou delas variar, transigir, ser citado, receber intimação, oferecer
defesa, direta ou indireta, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência,
em qualquer instância, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar,
requerer assistência do Ministério Público, bem como levantar alvarás judiciais.

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, 27 de MARÇO de 2019.

Leucas Chagas Batista

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, LUCAS CHAGAS BATISTA,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
AGRICULTOR, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
2007010075664, inscrita(o) no CPF sob o n.
040.631.383-05, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) PV PEIXINHO, S/N - CANAAN - TRAIRI -
CEARÁ CEP: 62690-000,
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 acepção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 27 de MARÇO 2019.

Lucas Chagas Batista

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, LUCAŞ CHAGAS BATISTA,
brasileiro(a), SOLTEIRO, AGRICULTOR, com
endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PV PEIXINHO, S/N - CANAAN - TRAIRI/CE
Trairi/CE 62.690-000, **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 sítio 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 2015, 2016 e 2017.

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, 27 de MARÇO de 2018. 9

* Lucas Chagas Batista
DECLARANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

 POLGAR DIREITO



Lucas Chagas Batista

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 007010075664 EXPEDIÇÃO 26/2/2009 fls. 18

NOME LUCAS CHAGAS BATISTA

FILIAÇÃO JOSE ALVES BATISTA E LUZIRENE D A SILVA CHAGAS

NATURALIDADE FORTALEZA-CE DATA DE NASCIMENTO 31/3/1993

DOC ORIGEM CERT. NASC. 4355 L A. 3 F

211V CART. MUNDAU-CE

CPF

FORTALEZA CE

SIGNATURA DO DETR

LE Nº 116 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
040.631.383-05

Nome
LUCAS CHAGAS BATISTA

Nascimento
31/03/1993



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 17:21, sob o número 01499091320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149909-13.2019.8.06.0001 e código 4C473B.

COMPROVANTE DE ENDEREÇO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 564892362

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 04 034081 04 029100

Medidor

Poste

Nome LUCAS CHAGAS BATISTA

7835485

0000 B66N

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV PEDXINHO 00000 00000 CANAAN TRAIRI 62690000

RG / CPF / CNPJ

040.631.383-05

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5087	4867	1	220	0	220

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

09/03/2019

Prev. Próxima
Leitura

05/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9D19.19CC.AEDA.9858.9126.A5CE.82B3.670E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,64

MULTA MORATORIA

1,22

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

24,12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

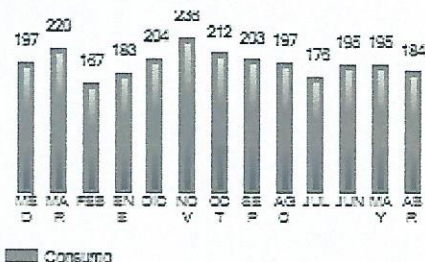
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 30,66

Conjunto TRAIRI

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8203781-7

N° da Nota Fiscal: 564892362

Total a Pagar (R\$): 104,52

Data de Emissão:

27/03/2019

Referência: MAR/2019

N° de Controle: 0008203781 00024 4326 2 07

83890000001-3 04520031000-3 00082037810-0 00244326203-5



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 17:21, sob o número 01499091320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149909-13.2019.8.06.0001 e código 4C4733B.

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATO DECLARATÓRIO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Eu, LUCAS CHAGAS BATISTA, brasileiro(a),
SOLTEIRO, AGRICULTOR, RG 2007010075664,
 CPF 040.631.383-05, residente e domiciliado(a) na (Rua, Avenida, Localidade)
PV PEIXINHO, SIN - CANAÃ TRAIRI/CEARÁ - CEP. 62.690.000

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 A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAH FSDI
 (marca/modelo), _____ (placa), PUE 8076 (cor) 2015/2015 (ano de fabricação/modelo)

PARTICULAR (categoria) 9C2KCI680FR204034 (chassi) de propriedade do
 Sr.(a) LUCAS CHAGAS BATISTA
 Declaro ainda que, o acidente ocorreu por volta das 19:00:00, no dia 27/10/2017, no
 seguinte endereço/localidade: PV QUATRO BOCAS TRAIRI/CEARÁ - CEP. 62.690.000

Obs: FUI ATINGIDO POR UMA MOTO QUE TRANSITAVA NA CONTRA MÃO, COM O FAROL APAGADO.

Na ocasião, sofri as seguintes lesões: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA

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 - FABIO RICARDO DE SOUSA
 RG 99010148484, CPF 882.683.573-04.

(Assinatura) * FABIO RICARDO DE SOUSA

TESTEMUNHA 2 - IRISMILDA FERREIRA CUNHA
 RG 2002005170831, CPF 020.199.563-81.

(Assinatura) * IRISMILDA FERREIRA CUNHA

* Lucas Chagas Batista

DECLARANTE

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
 CANAÃ - CE

Reconheço ☒ Autêntica ☐ Semelhança

Assinatura(s) de Lucas Chagas Batista

Canaã - Trairi/CE. 24 de Out de 2017

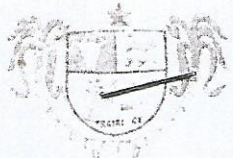
Em testº Dr. Paulo de S.

☐ FÁBIO HENRIQUE MENDES MA ☒ IRISMILDA FERREIRA CUNHA

CI738.034

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)

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



TRAIRI

PREFEITURA MUNICIPAL

2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

fls. 24

FICHA DE ATENDIMENTO

Data:	Horário:	Paciente chegou: ☒ Meios próprios ☐ Ambulância	
27-10-2017	19:41		
Paciente: Lucas Chagas Batista			
Nome da Mãe: Luzirene da Silva Chagas.			
Idade:	Sexo:	Data de Nascimento:	Nº do RG
94 anos	m	31-03-1993	2007010075664
Telefone			
Escolaridade	Cartão do SUS:	Profissão:	
	1638863474600061		
Endereço:	Bairro:		
Peixinhos.			
Cidade:	Estado:	Recepcionista:	
Trairi	Ce	Ireneuda	
PA: / mmHg	T: °C	Glicemia: mg/dl	P: Kg
Pulso: bpm	SPO ₂ %		

História Clínica:

QUEBRA DE MOTO S/ CADACETE.

ESCONTEGÃO EM FACE

Diagnóstico:

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

Lucas Chagas Batista

PA: 120/90 mmHg
às 19:59 hs.



Brasão 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 retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HOSPITAL TRAIRI
Distrito Sanitário: _____ Município: TRAIRI

Nome: LUCAS CHALAS BATISTO Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 31/03/1993 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: TRAUMA POR Queda de mob/s, CAPACETE

Resultado de Exames: USG = 15; ACP: / ISICOM. CA, ABDOM. TENDONAL, PA= 120x80. CECIPITAGE EN OMBRO/CLAVICULA

Conduta já realizada: GSYUGADA

Impressão Diagnóstico: Suparte

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____

27/10/14 21h
Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: AV. 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 ☐

Nome: Lucas Chagas Batista

Ind: Peixinhos

DN: 31.03.1993

Mãe: Luzinete da Silva Chagas

MO: Fratura de Clavícula Esquerda.

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete

MO= 16140004914 fls. 27

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 237403	Atendimento 0001	Nome do Paciente LUCAS CHAGAS BATISTA	CNS 703608084071134	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 040.631.383-05		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 31/03/1993	Local ITAPIOCA/CE	Idade 24 Ano(s)		
Pai JOSE ALVES BATISTA		Mãe LUZIRENE DA SILVA CHAGAS		
Endereço DISTRITO PEIXINHOS, S/N	Bairro ZONA RURAL	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão ESTUDANTE	Empresa	Cônjugue		
Responsável LUCAS CHAGAS BATISTA	CPF do Responsável	Endereço DISTRITO PEIXINHOS, S/N	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/10/2017	Hora 23:57	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MATEUS PIMENTEL GOMES LUZ		CRM/UF 17922/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário DAVI DE LIMA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () 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)

27/10/2017 23:59:38h Responsável: MATEUS PIMENTEL GOMES LUZ CRM-CE 17922
 PACIENTE ENCAMINHADO DE TRAIRI POR QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE. NÃO PERDEU A CONCIENCIA, PIFR, GLASGOW 15, SEM OTO OU RINORRAGIA. ESTÁVEL HEMODINÂMICAMENTE. APRESENTA PEQUENAS ESCORIAÇÕES E DOR EM REGIÃO CLAVICULAR.
 CD: OBSERVAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO DA TRAUMATOLOGIA

Procedimento realizado pelo SUS
 (Sistema Único de Saúde) sem
 nenhum custo para o paciente ou
 qualquer tipo de convênio.

Mateus Pimentel Gomes Luz
 Médico
 CREMEC 17922

MATEUS PIMENTEL GOMES LUZ - CRM: 17922

2. Graca marques
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: LUCAS CHAGAS BATISTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 17:21, sob o número 01499091320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0149909-13.2019.8.06.0001 e código 4C4733C.



Brasão do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1- Preencher a ficha em três 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.

Unidade de Origem: HOSPITAL TRAIRI
Distrito Sanitário: _____ Município: TRAIRI
Nome: LUCAS CILIAS BRUNO Prontuário nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 31/03/1993 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: TRAMA POR QUEDA DE MOB S/ CAPACETE
USUÁRIO = JFJ ALP: ISICOMICA, ABDO KUDCE/RE,
Resultado de Exames: PA= 120x80 CECITAC E EN OMBRO/CLAVICULA
GSYUGADA
Conduta já Realizada: Supair

Impressão Diagnóstico: _____
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 04/10/18 Hora: 21h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: AV. T. ANATOMOLISIA
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 ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo _____ Função _____ Data _____ Hora _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/07/2019 às 17:21, sob o número 01499091320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01499091320198060001 e código 4C4733C.

DOCUMENTO DO VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - Cód. RENAVAM - 01045733277 - ANTERO. - EXERCÍCIO - 2016
PPT 01 01045733277 00000000000

Nome: LUCAS CHAGAS BATISTA
TRAIPI
/CE

CPF / CNPJ: 04063138305
Placa: PME8076/CE
Chassi: 9C2K0168QFR204034

ESPECIE TIPO: FAN ESDI
MARCA / MODELO: HONDA / CB150 FAN ESDI
ANO FAB: 2015
ANO MOD: 2015

CAP / POT / cil: 2P / 0CV / 149CC
CATEGORIA: PARTIC
COR PRIMORDIARIA: VERMELHA
VENC. COTA UNICA: 1º
VENC. COTAS: 1º
FAIXA IPTVA: 2º
PARCELAMENTO / COTAS: 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$): 14,34
COTA UNICA: 1,11
PREMIO TOTAL (R\$): 292,01

DATA DE PAGAMENTO: 11/07/2016

OBSERVAÇÕES

TRAIPI
LOCAL: 12/07/2016

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 012991014387 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2016 12/07/2016

VIA - 01
CPF / CNPJ: 04063138305
Placa: PME8076

RENAVAM: 01045733277
MARCA / MODELO: HONDA / CB150 FAN ESDI

ANO FAB: 2015
ANO MOD: 2015
Chassi: 9C2K0168QFR204034

PRÊMIO TARIFÁRIO
FAB (R\$): 127,04
DENATRAM (R\$): 14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
IOF (R\$): 1,11
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$): 292,01

PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 11/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KC16EBF204034 01312

