

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: AMANDA KELLY MOURA LEITÃO DE SOUSA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
DESEMPREGADA, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 2008010374546, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 049.555.663-75, residente e domiciliado(a) na
PV SERRINHA - 00000 - SERRINHA - 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: 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, 08 de MAIO de 2019.

Amanda Kelly Moura Leitão de Sousa.
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, AMANDA KELLY MOURA LEITÃO DE SOUSA,
brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão
DESEMPREGADA, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
2008010374546, inscrita(o) no CPF sob o n.
049 . 555 . 663 - 75, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) AV SERRINHA - 00000 - SERRINHA -
TRAIRI/CE 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 aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 08 de MAIO 2019.

Amanda Kelly Moura Leitão De Sousa
DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, AMANDA KELLY MOURA LEITÃO DE SOUSA,
brasileiro(a), DESEMPREGADA, CASADA, com
endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PV SERRINHA - 00000 - SERRINHA - 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, 08 de MAIO de 2018.2019

Amanda Kelly Moura Leitão De Sousa
DECLARANTE

DOCUMENTOS PESSOAIS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008010374546 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/06/2015

NOME AMANDA KELLY MOURA LEITÃO DE SOUSA

FILIAÇÃO JOSÉ NUNES LEITÃO

RITA DE CÁSSIA MOURA DA SILVA

NATURALIDADE PARACURU - CE DATA DE NASCIMENTO 14/12/1994

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: IRINEU TERMO: 1.540 FOLHA: 137

LIVRO: B-05 TURURU - CE

CPF 049.555.663-75

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 11

COMPROVANTE DE ENDEREÇO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 571264872

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

fls. 21

Esta é a segunda via de
ABR/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
6193676 DV **6**VENCIMENTO
03/06/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
45,69

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

End. da Unidade Consumidora PV SERRINHA 00000 SERRINHA TRAIRI 62690000

RG / CPF / CNPJ 049.555.663-75 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3941	3900	1	41	0	41

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

30	0,17508	5,25
11	0,30015	3,30

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
23/04/2019	22/05/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C349.AD91.2C51.4B4C.827B.E32B.A82C.5776

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	4,52
TRANSMISSÃO	0,36
DISTRIBUIÇÃO	2,65
ENCARGOS SETORIAIS	0,60
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,02

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

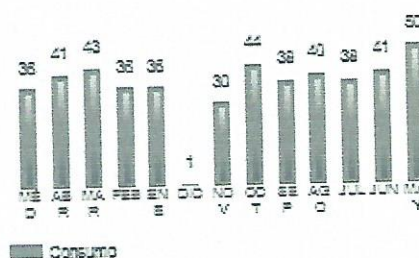
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 3,11

Conjunto TRAIRI

Mês FEV/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	1,48	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			1,48		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6193676-6

N° da Nota Fiscal: 571264872

Total a Pagar (R\$): 45,69

Data de Emissão:

08/05/2019

Referência: ABR/2019

N° de Controle: 0006193676 00058 4358 2 48

83850000000-8 45690031000-7 00061936760-1 00584358240-6



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 12.09.18 Horário: 07.27 Paciente chegou: ☒ Meios próprios () Ambulância

Paciente: Amanda Kelly Moura Leite de Sousa
Nome da Mãe: Rita de Cassia Moura da Silva

Idade: 22a Sexo: F Data de Nascimento: 14.12.94 Nº do RG: Telefone:

Escolaridade: Cartão do SUS: 709702754529337 Profissão:

Endereço: Bairro:

Cidade: Trairi Estado: CE Atendente: [Assinatura]

PA: 150/100 mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂ %

Registro de Enfermagem:

História Clínica: Paciente refere, tinha dor no MSE, refere queda do membro inferior (dor de mo, etc)

Diagnostico:

Exames Solicitados
1. [Assinatura] MSE
2.
3.
4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: [Assinatura] Dr. Carlos Benavides Médico CREMEC 17.598

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

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HQSPITALAR

Hs. 24

Identificação do Estabelecimento de Saúde-

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - UNES

202006

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

202006

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Amanda Kelly Moura Leifm de Saun-

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

237642

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

100 902 754 534 337

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/12/1994

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RACIA

BRANCA

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

Lidia de Fátima Moura da Silva

13 - TELEFONE DE CONTATO

(55) 9905-1809

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

Lidia de Fátima Moura da Silva

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 500, Zona Rural

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapipoca - CE

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2313500

19 - UF

CE

20 - CEP

62240000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com melhora
de quadro de auto
recuperação de cincoProcedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HMSVP

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Raio X

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de ulna esquerda S52.2

25 - CID 10 PRINCIPAL

S52.2

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020431

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

curativa

31 - DOCUMENTO

() CNES (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

013 804 973-21

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Rodolfo de B. Teixeira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/09/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 150777-CE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRANSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RH/HT

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAC DA EMPRESA

41 - CENP

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APÓS-RETIADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

Dr. José Ribeiro Barros
CRM 150777-CE

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

12/09/19

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Ribeiro Barros
CRM 150777-CE

SMST - Itapipoca - CE

DADOS DO PACIENTE

Nome AMANDA KELLY MOURA LEITAO DE SOUSA				Prontuário/Atendimento 237682/0005							
Nascimento 14/12/1994		Local PARACURU		País Nacionalidade Brasil		Idade 23 Ano(s)					
Sexo Feminino		Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Solteiro(a)		Religião			
Documento(s) Identidade: 2008010374546				CNS 70.4702.754.5393-37							
Endereço DISTRITO SERRINHA			Nº SN		Bairro ZONA RURAL		Município TRAIRI-CE		CEP 62690-000		
Fone (85)99905-9849		Profissão AGRICULTORA			Empresa			Fone Empresa			
Responsável ROMARIO PEREIRA DE SOUSA				CPF do Responsável			Fone Responsável				
Endereço Responsável				Cônjuge							
Mãe RITA DE CASSIA MOURA DA SILVA				Pai JOSE NUNES LEITAO							

DADOS DA INTERNAÇÃO

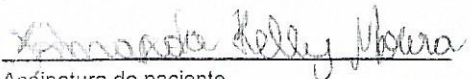
Data/Hora 12/09/2018 14:15		Quarto/Leito 061-0002		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor EMERGENCIA ADULTO	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Folha DOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA								CRM 15672	
Causa principal S52.4 Fratura das diáfises do rádio e do cúbito [ulna]				CID Complementar W99.9 Local ne					
Observação									
Usuário SYLVANIA DOURADO DE SOUSA				Procedimento SUS 0408020431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA				Sispre natal	
Data Saída 12/09/2018		Hora		Condição da Saída alta				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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

MSVP

ITAPIPOCA, 12 de setembro de 2018.


Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: SYLVANIA DOURADO DE SOUSA

Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ADRIANO FERNANDES PINHEIRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 10/07/2019 às 16:32. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0150791-72.2019.8.06.0001 e código 4C79CE0.

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 237682 Atendimento 0003 Nome do Paciente AMANDA KELLY MOURA LEITAO DE SOUSA
Documento(s) Identidade 2008010374546
Data de Nascimento 14/12/1994 Local PARACURU/CE
Pai JOSE NUNES LEITAO Mãe RITA DE CASSIA MOURA DA SILVA
Endereço DISTRITO SERRINHA, SN Bairro ZONA RURAL CEP 62690-000 Município TRAIRI
Profissão AGRICULTORA Empresa Cónjuge
Responsável ROMARIO PEREIRA DE SOUSA CPF do Responsável Endereço DISTRITO SERRINHA, SN Município TRAIRI UF CE
Telefone 85999059849

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/09/2018 Hora 11:15 Convênio SUS
Profissional do Atendimento RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA CRM/UF 15672/CE Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador de Acidente Funcionário ALEXANDRO DE OLIVEIRA SANTOS
Observação

Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) 108 R (mpm) PA (mmHg) 144 X 86 Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/09/2018 11:24

Responsável pela Classificação: FRANCISCA ELISANGEL

Relatório:

PACIENTE REFERENCIADA DO TURURU COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO X MOTO, NEGA TER BATIDO CABEÇA, COMPARECI COM TAUMA EM MSE, NEGA HAS DM ALERGICA A VOLTAREN

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

Paciente com história de ulcera
dequidada após queda de moto
CD: ch hcg

Dr. Rodolfo Braga Teixeira
CRM-CE 15672/2018

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

RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA - CRM: 15672

Amanda Kelly Moura
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ROMARIO PEREIRA DE SOU



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital Hinsup Clínica Ortopedia Enf. _____ Sala _____ Leito _____
Paciente Amf - Kelly M. Teixeira Matrícula 237682

Diagnóstico Ex U92 (B)

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração refere dor de mto

História da Moléstia Atual queix de mto

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Hábitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

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

FMSVP

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

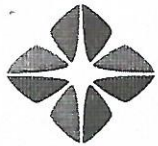
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐ Óbito ☒

12.09.18
Data

Assinatura

Dr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE 15672 TEOD 18070



RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente AMANDA KELLY
Categoria _____ Idade _____ Sexo _____ Enf. _____ Leito _____
Data da Cirurgia 13/09/18 Cirurgião DR. GÉORGE AUGUSTO
Auxiliar _____ Circulante _____
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA VUNA
Cirurgia _____
Diagnóstico Pós-operatório: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) ANESTESIA GERAL BRANCA

2) FAIXA SMOLE

3) ASSEPSIA

4) INCISÃO LAPAROSCÓPICA ANTERIOR
5) CONTATO NA FRATURA

6) REDUÇÃO ANATOMICA

7) COLOCAÇÃO DE PLACA DE
7 FIOS (COM 6 PARAFUSOS
CONTINUA)

8) LIGAMENTO SE O, P

9) RETORNO FAIXA

10) SUTURA

11) CURATIVO

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

FICHA DE REFERÊNCIA

16170006943

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: ANDREA KENIA L. LIMA Prontuário nº: 237682
Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente utm de trauma admitido em MSE apresentando
fratura de hum.
Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: _____

Assinatura do Encaminhamento: Dr. Caio Benevides Função: _____ Data: 12/02/11 Hora: _____
CREMEC 1598

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Alargado do Moleto
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: ____/____/____

DOCUMENTO DO VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - CE	Nº 8128781349		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	ENTR.C	EXERCÍCIO
JOSE 01	132888564	00000000000	2009
NOME			
EDASIO ADRIANO MORAIS			

***** PINDORETAMA - CE			
CPF/CNPJ	PLACA		
02302724364	HYS2793		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
*****/CE	9C2JC41209R005594		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO/FAB.	ANG. INCU.	
HONDA/CG 125 FAN ES	2009	2009	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/ CV/124CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS	
I *****	**/**/*	1ª *****	
P *****	**/**/*	2ª *****	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3ª *****	
V *****	*****	*****	
A *****	*****	*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	

OBSERVAÇÕES			
AL.FID. CONS NAC. EMERACON LTDA			

LOCAL	DATA		
PINDORETAMA AGUAR PUHO	31/03/2009		

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUVA CARGA, APESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
CENº 8128781349	BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOME/ENDEREÇO	
EDASIO ADRIANO MORAIS	

***** PINDORETAMA	
- CE	
CPF CNPJ	PLACA
02302724364	HYS2793
CENº 8128781349	BILHETE DE SEGURO DPVAT
EXERCICIO	DATA EMISSÃO
2009	31/03/2009
NOME/ENDEREÇO	
EDASIO ADRIANO MORAIS	

***** PINDORETAMA	
- CE	
VIA	CPF CNPJ
01	02302724364
COD. RENAVAM	MARCA/MODELO
132888564	HONDA/CG 125 FAN ES
ANO FAB.	CAT. TRF
2009	09
CHASSI	
9C2JC41209R005594	
PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)
PRÊMIO TOTAL (R\$)	

Seguradora Líder em Consórcios

do Seguro DPVAT S/A

LOTE/DOT. 09248.608/0001-04

CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E29005504

fls.