

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** JOÃO KLISMAM DA SILVA MARTINS, MENOR IMPÚBERE, NESTE ATO REPRESENTADO POR SUA MAE MARILENE DUARTE DO NASCIMENTO, BRASILEIRA, RG: 2008032008512 SSP/DF, E CPF: 052.682.603 - 75, AMBOS RESIDENTES E DOMICILIADOS NA RUA PEDRO DO PINDO BAS, 10 - JAPUARA, CAUCAIA/CE, CEP: 61600 000

**OUTORGADA:** **MARIA DE FÁTIMA CARNEIRO MONTEIRO**, brasileira, viúva, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil/CE sob o n.º 32.315, Seção Ceará, com escritório profissional localizado na Rua José da Rocha Sales, nº 34, sala 03, bairro Centro - Caucaia/CE.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para, em nome do outorgante, 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, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15).

Caucaia (CE), 16, de DEZEMBRO de 2016

Marlene Duarte do Nascimento  
OUTORGANTE

13  
0**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

JOÃO KRISMAN DA SILVA MARTINS, MENOR IMPÚBERE, NESTE  
ATO REPRESENTADO POR SUA MÃE,  
MARILENE DUARTE DO NASCIMENTO, brasileiro,

RG: 2008012008512, CPF: 052.682.603-75, residentes e domiciliados na  
RUA POVOADO PINDOBAS, 10 - JAPUARA, CAUCAIA/CE,  
CEP: 61600 000

**DECLARA**, sob as penas da lei, que não possui meios para custear as despesas  
processuais e, nesse sentido, pleiteia o benefício da gratuidade de justiça, amparado no  
disposto na Lei 1.060/50.

Caucaia - CE, 16 de DEZEMBRO de 2016.

Marlene Duarte do Nascimento  
**Declarante**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ - COMARCA DE CAUCAIA



# **CARTÓRIO BRITO RAMOS** **1º Ofício**

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Rua Cel. Correia, 1583 - Fone/Fax: (85) 3342.3599  
Caucaia - CE

Belª Ângela Maria de Brito Ramos  
TABELIÃ

Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares  
SUBSTITUTA

## **CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

A Bacharela *Ângela Maria de Brito Ramos*, Oficiala do Registro Civil da Cidade de Caucaia, Comarca do mesmo nome do Estado do Ceará, etc.

CERTIFICA que às folhas Nº 100v, do Livro Nº A-065, de Registro de Nascimento, sob o numero de ordem 066.077, consta o assento de **JOÃO KLISMAM DA SILVA MARTINS**, nascido aos trinta (30) de abril (04) de dois mil (2000), às 07 horas e 45 minutos, em Caucaia-Ceará, de sexo masculino, filho de Reginaldo Ferreira Martins e de Marlene de Sousa da Silva, sendo avós paternos Raimundo Gadelha Martins e Maria Ferreira Martins e avós maternos Raimundo Moreira da Silva e Carminha de Sousa da Silva. E o que contém o referido assento de nascimento que esta assinado pela Oficiala, tendo os pais do registrado como declarantes. Observações Registro feito aos 11 de maio de 2001.

O referido é verdade e dou fe.

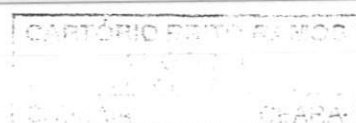


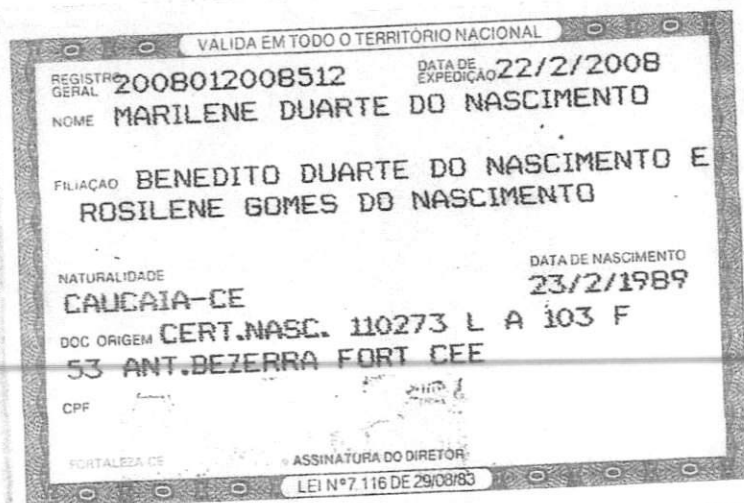
Caucaia, 16 de outubro de 2008

*Virgínia Lúcia Ramos Soares*

Dra. Virgínia Lúcia Ramos Soares  
Escritora Substituta

**VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE**





2100001-8

Rua Padre Vitoriano, 150 - CEP 40135-040 - Fortaleza - CE

Rua Padre Vitoriano, 150 - CEP 40135-040 - Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 - IGF 06.105.845-3

Atento: Seção de Energia - Sistema foi criado pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

fls. 16

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B I SÉRIE B-4 I N°

Rota 20 22006 02 077600 - 6 Data de Emissão 27/01/2014  
 Nome MARLENE DE SOUSA DA SILVA  
 End. Postal PV PINDOBAS 00010  
 JAPUARA - CAUCAIA - 61600000  
 Medidor 9019134 Poste 0000 0000  
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJ 760017843-53 CGF  
 Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência Jan/2014  
 Data da Apresentação 27/01/2014  
 Previsão Próx. Leitura 26/02/2014

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto CAUCAIA  
 Mês Nov/2013 EUSD 16,51  
 Padrão Mensal 8,0612  
 Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual  
 DIC 11,16 22,83 44,07 0,00 0,00 0,00  
 FIC 7,89 15,54 31,28 0,00 0,00 0,00  
 DMIC 6,06 0,00 0,00

## ICMS

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

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F321.7CA5.7AB2.DEEC.C144.D96D.494E.BE0A

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 16196       | 16030          | 1,00   | 166           | 0,00        | 166        | 0,20388          | 33,83       |
| 27/01/14    | 27/12/13       |        | 31 Dias       |             | 166        |                  | 33,83       |

## DESCRIÇÃO

## VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 33,83  
 MULTA MORATORIA REF 12/2013 0,73  
 JUROS DO MES 0,35

VENCIMENTO 04/02/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

34,91

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia ..... 20,58  
 Transmissão ..... 1,12  
 Distribuição ..... 5,38  
 Encargos Setoriais ..... 2,18  
 Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 0,57  
 TOTAL ..... 30,83

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| MED | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 162 | 166 | 177 | 156 | 172 | 150 | 152 | 135 | 164 | 192 | 173 | 158 | 156 |

## importante

## CONTAS EM ATRASO

## REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 37,70. Conforme art. 172 da Res. ANEEL 414/10, poderia ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

## DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano Valor R\$  
 12/2013 37,70

Consta desta fatura R\$ 0,57 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03)

A partir de 2014 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Jan/2014 vigorará a bandeira AMARELA, a qual implicará R\$ 0,015/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Nº do Cliente: 2100001-8 Referência: Jan/2014  
 Data de Emissão: 27/01/2014 Total A Pagar (R\$): 34,91  
 Nº da Nota Fiscal: 331070785 Nº de Controle: 0002100001 00167 39282 58

8369000000-8 34910031000-3 00021000010-5 01673928258-6



RECEBEMOS DE E. CHASTINET BRAGA - ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF-e FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

fls. 17

Nº 000.011.356  
Série 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

E. CHASTINET BRAGA - ME

RUA PADRE CICERO Nº 021 - BENFICA -  
FORTALEZA-CE  
CEP 60020-355  
FONE (85)30328040DANFE  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0-ENTRADA 1  
1-SAÍDA  
Nº 000.011.356  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

2312 0907 2552 8940 0210 5400 1000 0113 5615 3103 4390

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

123120034867069 13/09/2012 15:24:30

NATUREZA OPERAÇÃO

VEND. VEIC. NOVO D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

064164071

DSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

07.255.289/0002-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

GEANE DOS SANTOS MARTINS

CNPJ/CPF

057.365.963-00

DATA DA EMISSÃO

13/09/2012

ENDEREÇO

PV PINDOBAS 000

BARRIO/DISTRITO

JAPUARA

CEP

61600-000

MUNICÍPIO

CAUCAIA

FONE/FAX

(85)83461197

UF

CE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

4.651,60

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

4.651,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

DEMITENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NOME/RAZÃO SOCIAL

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. PROD.            | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                              | NOME     | CPF | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | V. DESC. | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-------|--------|----------------|----------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| LHJXCBLD<br>ICB306925 | JOHNNY HYPE 50<br>Veículo: NOVO Marca: BASHAN JOHNNY Tipo:<br>CICLOMOTO Modelo: JOHNNY HYPE 50 Comb.:<br>GASOLINA Ano Fab.: 2011 Ano Mod.: 2012 Chassi:<br>LHJXCBLD ICB306925 Motor: 139FMB12A 61818.50cc 2.7<br>Hp Cor: LARANJA Renavam: 123456 NF Original: 2488<br>Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2 | 87111000 | 060 | 5003 | UN    | 1,00   | 4.651,6000     | 0,00     | 4.651,60 | 0,00    | 0,00    | 0,00   | 0,00       | 0,00      |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO: VN-3666 PRE-VENDA: 4770 VENDEDOR: ALEXANDRE FORMIGA PGTO: CONSORCIO REFINO C/ ALIENACAO  
DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE QUE O VEICULO ACIMA FOI  
VENDIDO COM ALIENACAO FIDUCIARIA A RECON. ADM. DE CONSORCIO LTDA.

RESERVADO AO FISCO

CONFERIDO E ENTREGUE

19/09/12

Geane dos Santos Martins

HORA DA IMPRESSÃO: 13/09/2012 18:35

Controlado por SIG-SP

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEANDRO DA SILVA TADDEO, liberado nos autos em 10/05/2018 às 06:36. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0061432-87.2017.8.06.0064 e código 362DA3C.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 35002307070 -2av DATA DE EXPEDIÇÃO 3/3/2006

MARLENE DE SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO RAIMUNDO MOREIRA DA SILVA E CARMINHA DE SOUSA DA SILVA

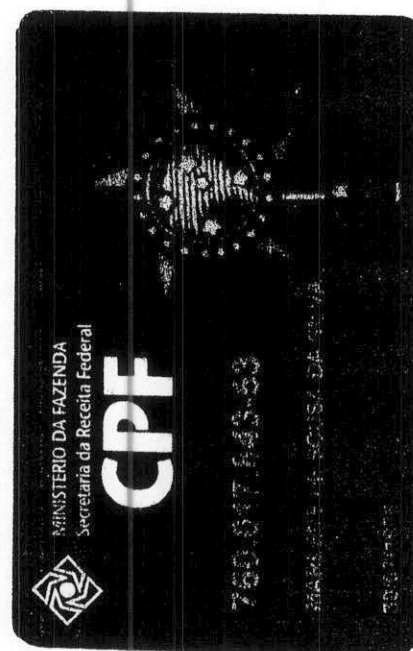
NATURALIDADE CAUCAIA-CE DATA DE NASCIMENTO 30/7/1975

CERT.NASC. 2468 L A03 F

197V CAUCAIA/CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 06/06/03





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 1246 / 2014**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2014 09:39:54**  
Data / Hora da Ocorrência : **29/12/2013 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **POVOADO DE PINDOBAS  
JAPUARA CAUCAIA /CE**  
Ponto de Referência: **SITIO SANTA EDWIRGENS**



*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JOÃO KLISMAM DA SILVA MARTINS**  
Nascimento : **30/04/2000**  
RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:  
Filiação: **REGINALDO FERREIRA MARTINS  
MARLENE DE SOUSA DA SILVA**  
Endereço: **R POVOADO PINDOBAS  
JAPUARA  
CAUCAIA CE BRASIL**

Telefone: **85880939**

*Histórico*

DISSE A NOTICIANTE QUE SEU FILHO JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS DE 14 ANOS DE IDADE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO CINQUENTINHA DE SUA PRIMA GEANE DOS SANTOS MARTINS MARCA JONNY HYTE 50,COR LARANJA, ANO 2011/2012, CHASSI LHXCBLDICB306925,MOTOR 139FMB12A01818 50CC, RENAVAL-123456. ; QUE A VÍTIMA FOI ATINGIDO NA TRASEIRA POR OUTRO VEÍCULO AUTOMOTOR NÃO IDENTIFICADO; QUE A VÍTIMA COM O IMPACTO FICOU DESACORDADA, EM FUNÇÃO DISSO NÃO CONSEGUIU ANOTAR MAIORES DETALHES COM RELAÇÃO AO VEÍCULO GERADOR DO ACIDENTE CONFORME ENFATIZOU A VÍTIMA: QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES LEVADO PARA HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA ONDE FOI CONSTATADO UMA FRATURA NO RÁDIO DIREITO(PUNHO DIREITO) SENDO SUBMETIDO A UMA CIRURGIA; E NADA MAIS ACRESCENTOU.

*Noticiante(s)*

Nome : **MARLENE DE SOUSA DA SILVA**  
Endereço : **R POVOADO PINDOBAS 10**  
Bairro : **JAPUARA**  
Município/UF : **CAUCAIA CE BRASIL**

Telefone:



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEANDRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado na PV PINDOBAS 10 10 Cidade ESC. GUA Estado CEARA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leandro da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

CACUA 27 Fevereiro de 2014

Local e data

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

JOÃO KLISMAN DA SILVA MARTINS

Nº. DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Frisberg Nogueira Duarte  
CRM 9944

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE:

VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO  
CCA CAIU DO LADO DO MOTO  
APRESENTA FORTES DORES DIREITAS  
CI LIMPAS E MOVIMENTO, DOR,  
EDEMA.

AFFIRMO QUE AVALIEI (X) A VÍTIMA

5526 5529  
Código de Identificação

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

CACIMA - U

MUNICÍPIO

08, 08, 14

DATA

Dr. Frisberg Nogueira Duarte  
CRM 9944

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

CACIMA - U

MUNICÍPIO

08, 08, 14

DATA

João Klismann da Silva  
ASSINATURA DA VÍTIMA



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARLENE DE SOUSA DA SILVA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 45002307070 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 3/3/2014  
 CPF 76001734353 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 260,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JUAC KLISMAY DA SILVA MACIEL AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1089 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00036506-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

CAUCAIA

DATA

27/02/2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) marlene de souza da silva

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Nº. DO SINISTRO:

JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/12/2013

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/12/2013

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura no dorso do 1º dedo direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS / DATAS:

Clínico ( ) Cirúrgico ☒ Plástica reparadora ( ) Neurológico ( ) Neurocirúrgico ( ) Buco-maxilo-facial ( )Fixação externa ☒ Osteossíntese ( ) Fixação Maxilo-mandibular ( ) Conservador ( )

Complementar com: ( ) Aparelho gessado ( ) Tala gessada ( ) Colete tensor tipo B ( ) Colete tensor torácico ( )

Imobilização: tlpóla ☒ Imobilização por Aladura ☒ Imobilização no Leito ( ) Fisioterapia: SIM ( ) NÃO ☒EXISTE ALGUM DEFETO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? NÃO ( ) SIM ( )  
CASO POSITIVO, DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

( ) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

( ) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL

(Especificar o segmento ou órgão atingido). O grau de incapacidade está quantificado conforme o grau de comprometimento físico e funcional do segmento ou órgão comprometido, e descrito detalhadamente. no verso

1º

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE AVALIEI ☒ A VÍTIMA ( ) E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Código de Autenticação

MUNICÍPIO

DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

MUNICÍPIO

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

| Áreas ou Regiões comprometidas | Cicatrizes | Deformidade | Retrações  | Discalinhamento | Edema      | Flacidez   | Hipotrofia | Atrofia    | Lesão Neural | Hipersensível ou Dormência | Déficit força de 0 a 4 | Déficit Funcional |
|--------------------------------|------------|-------------|------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|--------------|----------------------------|------------------------|-------------------|
| <i>Peroneo</i>                 | <i>---</i> | <i>---</i>  | <i>---</i> | <i>---</i>      | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i>   | <i>---</i>                 | <i>---</i>             | <i>---</i>        |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |
|                                |            |             |            |                 |            |            |            |            |              |                            |                        |                   |

Quadros demonstrativos das reduções / bloqueios em graus de amplitude articular de cada articulação acometida a partir da posição anômica:

| Articulação Comprometida | Flexão     | Extensão   | Lateralidade | Abdução    | Adução     | Elevação   | Rotação    | Suinação   | Pronação   | Anquilose  |
|--------------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <i>Peroneo</i>           | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i>   | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> | <i>---</i> |
|                          |            |            |              |            |            |            |            |            |            |            |
|                          |            |            |              |            |            |            |            |            |            |            |
|                          |            |            |              |            |            |            |            |            |            |            |
|                          |            |            |              |            |            |            |            |            |            |            |
|                          |            |            |              |            |            |            |            |            |            |            |

| Quilodactilo | Articulações Metacarpo-falangeanas | Articulações Inter-falângicas |                 |    | Falanges |    |                 | Pododactilo | Articulações Metatarso-falangeanas | Articulações Inter-falângicas |                 |    | Falanges |    |                 |
|--------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|----|----------|----|-----------------|-------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|----|----------|----|-----------------|
|              |                                    | 1º                            | 2º              | 3º | 1º       | 2º | 3º              |             |                                    | 1º                            | 2º              | 3º | 1º       | 2º | 3º              |
| 1º           |                                    |                               | <i>NEGATIVA</i> |    |          |    | <i>NEGATIVA</i> | 1º          |                                    |                               | <i>NEGATIVA</i> |    |          |    | <i>NEGATIVA</i> |
| 2º           |                                    |                               |                 |    |          |    |                 | 2º          |                                    |                               |                 |    |          |    |                 |
| 3º           |                                    |                               |                 |    |          |    |                 | 3º          |                                    |                               |                 |    |          |    |                 |
| 4º           |                                    |                               |                 |    |          |    |                 | 4º          |                                    |                               |                 |    |          |    |                 |
| 5º           |                                    |                               |                 |    |          |    |                 | 5º          |                                    |                               |                 |    |          |    |                 |

Encurtamento da M.M.II: D ( ) E ( ) Escometria: \_\_\_\_\_ cm; Outra Avaliação: \_\_\_\_\_ cm; Necessita de Órtese? \_\_\_\_\_

Avaliação da deambulação: Claudicante ( ) Antálgica ( ) Intermittente ( ) Exacerba aos esforços físicos ( ) Pendular ( ) Instável ( )

Dependente de muleta ou bastão ( ) Dependente de cadeira de rodas ( )

TCE: Atual comprometimento funcional neurológico em relação as alterações sensoriais, fisiológicas, motoras, cognitivas e psicológicas, após o acidente:

|                         |                           |              |                       |                                  |                                         |
|-------------------------|---------------------------|--------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Perda de consciência    | Convulsão / Epilepsia     | Cefaleia     | Fotofobia             | Lapsos / Esquecimentos           | Dificuldade de Concentração / Dispersão |
| Passa em coma           | Incoordenação motora      | Neuregia     | Diplopia              | Instabilidade / Agressividade    | Intermitências de Alterações Cognitivas |
| Convulsão na internação | Paralisia                 | Hiperestesia | Embaçamento visual    | Inquietação / Agitação           | Desorientação Auto-psíquica             |
| Passa em comatose       | Hemiplegia                | Dormência    | Alterações Olfativas  | Depressão Pós-trauma             | Desorientação Alo-psíquica              |
| Intermite em Coma       | Paraplegia                | Insônia      | Alterações Gustativas | Tonturas                         |                                         |
|                         | Disartria/Distonia/Afonia | Sonolência   | Ciaocusia / Acúfenos  | Instabilidade Postural/Dismetria | AVD no lar dependente de cuidador       |

Visão Visual: Perda total ( ) Parcial ( ) Exame Oftalmológico ( ) Função Auditiva: Perda total ( ) Perda Parcial ( ) Exame Audiométrico ( )



[illegible]

Encurtamento da MMIII: D ( ) E ( ) Assimetria: \_\_\_\_\_ cm; Outra Avaliação: \_\_\_\_\_ cm; Necessita de Órtese? \_\_\_\_\_

Avaliação da deambulação: Claudicante ( ) Antálgica ( ) Intermittente ( ) Exacerba aos esforços físicos ( ) Pendular ( ) Instável ( )

Dependente de muleta ou bastão ( ) Dependente de cadeira de rodas ( )

TCE: Atual completamente funcional \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visão Visual: Perda total ( ) Perda Parcial ( ) Exame Oftalmológico ( )<br>Função Auditiva: Perda total ( ) Perda Parcial ( ) Exame Audiométrico ( ) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

MARLENE DE SOUZA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

8715767312

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RUA. POVOADO PINDUBAS S/N GARROTE - JAPUARA

CAVALIA

23-03-70

CIE 64609000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

O, 13a, vítima de acidente de moto  
há 2h c/ fratura do rádio distal D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade Cirúrgica

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

Avaliação + Exame físico + Radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fr. rádio distal D

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Abertura do rádio

0408020900

TO

Urgência

( ) CNS (X) CPF

00599603381

Luis P. Souza

22/12/13

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

( ) CNS (X) CPF

Assinatura do Profissional Autorizador

Assinatura do Médico Auditor



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

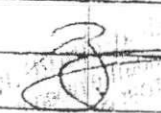
fls. 27

Nº 17.283

|                                                                                                                                                  |                  |                           |                                  |                               |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Nome: <u>João Almeida da Silva Henriques</u>                                                                                                     |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Data de Nascimento: <u>30/04/2000</u>                                                                                                            | Idade: <u>13</u> | Cor: <u></u>              | Sexo: <u>M</u>                   | Estado Civil: <u>MEUJO</u>    | Natural: <u>CAUCAIA - CE</u> |
| Nº da Identidade: <u>-</u>                                                                                                                       |                  | Nº CPF: <u>-</u>          |                                  | Cert. Nascimento Nº: <u>-</u> |                              |
| Pais: <u>REGINALDO FERREIRA MARTINS E MARLENE DE SOUSA DA SILVA</u>                                                                              |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Endereço Paciente (Rua, Av. Prox): <u>POVUADO PINDOBA</u> Nº <u>512</u>                                                                          |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Bairro: <u>GAROTE / JAPUARA</u>                                                                                                                  |                  | Município: <u>CAUCAIA</u> |                                  | Fone: <u>87576737</u>         |                              |
| Responsável: <u>A MAE</u>                                                                                                                        |                  |                           |                                  | Fone: <u>8538-0939</u>        |                              |
| Endereço do Responsável: <u>O MEUJO</u>                                                                                                          |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Data e hora de Admissão: <u>29/12/13 16:21</u>                                                                                                   |                  |                           | Funcionário: <u>Graciele Ruy</u> |                               |                              |
| Médico Assistente: <u></u>                                                                                                                       |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Histórico Clínico:<br><u>8, 15m, vítima de acidente de</u><br><u>trânsito de 24h e fratura do osso dental D</u><br><u>9/ alt neurovasculares</u> |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Exame Físico: <u>Est. Inter. em estado de choque</u>                                                                                             |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Diagnóstico Provável: <u></u>                                                                                                                    |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Exames Complementares: <u></u>                                                                                                                   |                  |                           |                                  |                               |                              |
| Diagnóstico Definitivo: <u></u>                                                                                                                  |                  |                           |                                  |                               |                              |

Assinatura

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

|                                                                                     |                |                |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Nome: <u>JOÃO KLISSMA DA SILVA MARTINS</u>                                          |                |                | Nº Reg. <u>17.283</u> |
| Data da Cirurgia <u>30/12/13</u>                                                    | Enf.           | Leito          |                       |
| Cirurgião <u>Bruno Barros</u>                                                       | 1º Auxiliar    |                |                       |
| 2º Auxiliar                                                                         | 3º Auxiliar    | Instrumentador |                       |
| Anestesista <u>Walter</u>                                                           | Tipo Anestesia |                |                       |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fusões de coluna lombar D12-D13</u>                   |                |                |                       |
| Tipo de Operação <u>Trans. cirúrgico de fusões de Anteriores</u>                    |                |                |                       |
| Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>                                           |                |                |                       |
| Relatório Imediato do Patologista <input checked="" type="checkbox"/>               |                |                |                       |
| Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>                                                 |                |                |                       |
| Acidente durante a Operação <u>Não</u>                                              |                |                |                       |
| <b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>                                                        |                |                |                       |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura                           |                |                |                       |
| Material Empregado - Aspecto - Viscerês                                             |                |                |                       |
| <u>Desenho da sala</u>                                                              |                |                |                       |
| <u>Assessora + Anestesiologista</u>                                                 |                |                |                       |
| <u>Tusga + condut tusga</u>                                                         |                |                |                       |
| <u>União de 25 mmHg</u>                                                             |                |                |                       |
| <u>Estabilização com fios K</u>                                                     |                |                |                       |
| <u>Reposições + Wulfer</u>                                                          |                |                |                       |
| <u>condut esteira</u>                                                               |                |                |                       |
| <u>Tubo 600mm</u>                                                                   |                |                |                       |
|  |                |                |                       |



Nome: JOÃO KLISMA DE SILVA MARTINS Nº PRONTUÁRIO 17.283

[illegible]



**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o(a) Segurado(a) João Kismun da Silva Moutins

portador(a) da Carteira Profissional Nº \_\_\_\_\_

necessita de 15 ( quinze ) dias de afastamento  
POR EXTENSO

CID S52.5

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARIANNO GADILHA DA ROCHA**

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Caucaia 29/01/14

LOCALIDADE E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº \_\_\_\_\_

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.  
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa  
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.





**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

**Receituário**

João Kismun dos Silva Martins

Suicida.

2. Fisioterapia - do Sessenta

JUST.

Revisões são boas, fusturas do

pequeno.

→ Aus. Gessis

→ ADM.

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. BELARDO G. DELHA DA ROCHA

29/01/14

Nº 176

**Alimente sua saúde**

Coma mais frutas, legumes e verduras



31  
8

## Receituário

João Kusunno do S. Vasconcelos

40  
do out  
(1) 12/12/14  
Toma o comprimido 12/124  
se tiver dor.

Retorno dia 29/01/14 - 12hs.  
Pausa noturna os dias  
Reto x do Rins no AM  
NÃO NECESSITA TERUM.

Rua Napoleão  
Bonaparte Viana 36  
Caucaia CF  
Parque Sniedaria

13/01/14

Nº 176

**Alimente sua saúde**

Coma mais frutas, legumes e verduras

# Declaração

Eu, Jose Aldemir Silva Oliveira, natural de Caucaia, data de nascimento 24/07/1979,  
 filho(a) de Flavio Silva de Oliveira e de Maria Lúcia da Silva Oliveira,  
 residente na Japuas, nº 76, bairro PV-Pindobas,  
 cidade Caucaia, portador(a) do RG nº 97024050957 e do C.P.F. nº 021.782.283-56,  
 DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, que em data de 29/12/13, por  
 volta de 14:00 horas, na LEDONDEZA DO POUCADO DE PINDOBAS, prestei socorro a  
 pessoa de José Kismar da Silva Martins, RG nº MENOR e  
 C.P.F. nº MENOR, que havia sido vítima em acidente de trânsito, quando  
 QUANDO CONDUZIA UMA CINETINHA FOI PERCUTIDA  
 POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE SE ENCONTRA  
 LEVANDO AO HOSPITAL MUNICIPAL ONDE FOI  
 CONSTATADO UMA FRATURA NO SEU PUNHO DIREITO  
 E FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA.

conforme a informação prestada pela própria Vítima.

Caucaia-CE, de Fevereiro de 2014.

José Aldemir Silva de Oliveira  
 DECLARANTE

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARLENE DE SOUSA DA SILVARG nº 950026070, data de expedição 3/3/06, Órgão SSP-CE,

CPF nº 7601170353 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | POUCADO PINDOCHAS |
| Número                            | Nº 10             |
| Apto / Complemento                |                   |
| Bairro                            | JAPUARA           |
| Cidade                            | CAUCAIA           |
| Estado                            | CEARA             |
| CEP                               | 61 600 000        |
| Telefone de Contato               | 85 22 59 39       |
| E-mail                            |                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAUCAIA de fevereiro de 2014Assinatura do Declarante: Marlene de Sousa da Silva