

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

(nome) LEANDRO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS,
 brasileiro(a), (estado civil) CASADO, (profissão) SUPERVISOR DE SERVIÇO,
 portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 3006019160771,
 inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 605.544.413-25,
 residente e domiciliado(a) (Rua/Avenida/Localidade)
RU BOA ESPERANÇA, 00094, CARRAPICHO
 Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161, e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço à Rua Fortunato Barroso, 270, Centro, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (adrianopinheiro.adv@gmail.com - neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebem intimações e demais comunicações.

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, 01 de NOVEMBRO de 2019.

x Leandro José Paiva dos Santos
 OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS,
brasileiro(a), (estado civil) CASADO,
(profissão) SUPERVISOR DE SERVIÇO, portador da cédula de identidade Registro
Geral n.º 2006 019 160 771, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas
Físicas sob o n.º 605.549 413 - 25, residente e domiciliado(a)
(Rua/Avenida/Localidade) RU BOA ESPERANÇA, 00094, CARRAPICHO,
Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Trairi/CE, 21 de NOVEMBRO de 2019.

x Leonardo José PAVA dos Santos

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, LEANDRO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS,
 brasileiro(a), CASADO, SUPERVISOR DE SERVIÇO
 com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
RU BOA ESPERANÇA, 00094, CARRAPICHO
 Trairi/CE, Cep: 62690-000, **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 2016, 2017 e 2018.

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, 21 de NOVEMBRO de 2019.

x Leandro José Paiva dos Santos

DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2006019160771 SSP CE

CPF
605.549.413-25 DATA NASCIMENTO
31/03/1994

RELACÃO
JOSE LEANDRO DOS SANTOS
FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS

PERMISSÃO
AB ACC
AB CAT. HAB.

Nº REGISTRO
06064658497 VALIDADE
26/11/2019 1ª HABILITAÇÃO
07/05/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Leandro Jose Paiva dos Santos

LOCAL
ITAIPUPOCA, CE DATA EMISSÃO
02/07/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
88262013410
CE148219004

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1151494329

PROIBIDO PLASTIFICAR
1151494329





TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, sendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

141.88798.19-6

NÚMERO

5025317

SÉRIE

002-0

UF

CE

LEANDRO JOSÉ PAIVA DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

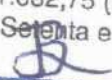


02	QUALIFICAÇÃO CIVIL									
BRASILEIRO										
NOME: LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS LOC DE NASC.: TRAIRI - CE FILIAÇÃO: JOSE LEANDRO DOS SANTOS DOC. APRESENTADO: RG 2006019160771 SSP CE ESTADO CIVIL: SOLTEIRO LEI Nº 9.494, DE 16 DE JUNHO DE 1996. RG: 2006019160771 31/03/1994 NASCIMENTO PM DE TRAIRI 16/06/2008 ASSINATURA DO EMISSOR										
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">FILIAÇÃO</td> <td style="width: 30%;">MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>DATA DE NASC. DE / / PARA / /</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> </table>			FILIAÇÃO	MOTIVO	DATA DE NASC. DE / / PARA / /		DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
FILIAÇÃO	MOTIVO									
DATA DE NASC. DE / / PARA / /										
DOCUMENTO										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">NOME</td> <td style="width: 30%;">MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> </table>			NOME	MOTIVO	DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	MOTIVO									
DOCUMENTO										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">NOME</td> <td style="width: 30%;">MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> </table>			NOME	MOTIVO	DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	MOTIVO									
DOCUMENTO										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">NOME</td> <td style="width: 30%;">MOTIVO</td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> </table>			NOME	MOTIVO	DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	MOTIVO									
DOCUMENTO										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR										
LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SUP. ILICITA D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA										

08

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: NORTEC LOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA LTDA EPP
 Endereço: Rua Gilberto Câmara, 535 -
 SALA C - Vila Ellery
 CNPJ Nº: 11.222.215/0001-73
 Município: Fortaleza UF: CE
 Matrícula: 001619
 Admissão: 08/04/2016
 Cargo: PORTEIRO
 CBO: 5174-10
 Salário: 1.032,75 (Hum Mil e Trinta e Dois
 Reais e Setenta e Cinco Centavos) Por Mes


 Fabio Roberto de S. Baima
 Coord. Administrativo

DATA DE SAÍDA: 18 DE Agosto DE 2016

Francisco Vlademir de Oliveira
 Sócio Administrador

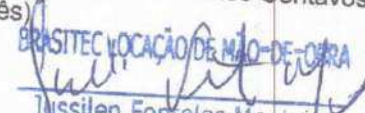
COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

CONTRATO DE TRABALHO

09

Empregador: RICARDO HENRIQUE
 RODRIGUES ALMEIDA ME
 Endereço: Rua Pinto Madeira, 1500 - Sala
 04 - Aldeota
 CNPJ Nº: 07.386.574/0001-99
 Município: Fortaleza UF: CE
 Matrícula: 000119
 Admissão: 13/08/2016
 Cargo: PORTEIRO
 CBO: 5174-10
 Salário: 1.032,75 Hum Mil e Trinta e Dois
 Reais e Setenta e Cinco Centavos (Por
 Mês)


 Jussilen Fonteles Monteiro
 Procurador

DATA DE SAÍDA: DE DE

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

32

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Contribuição Sindical
R\$ 34,43 - SEEN CON CE 2016

Francisco Vlademir de Oliveira
Sócio Administrador

ANOTAÇÕES GERAIS

33

CONTRATO DE TRABALHO

O Portador da presente carteira foi admitido(a) _____

em 13/08/16, por instrumento
escrito, pelo prazo de 45 dias de
experiências.

O dito contrato podera ser prorrogado ou rescindido por uma das partes sem prejuizo de aviso prévio, conforme CLT.

BRASITEC LOCAÇÃO DE MÃO-DE-OBRA

Jussilen Fonteles Monteiro
Procurador

34

ANOTAÇÕES GERAIS

O Empregado LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS portador da CTPS, admitido em 13/08/2016. Tendo apartir do dia 13/09/16, passado a exercer a função de

Supervisor de serviços.

BRASIL
RICARDO HENRIQUE DE MELLO DE OLIVEIRA
Ricardo Henrique
Empresário

35

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura 04/08/19 <i>Leandro Jose Paiva</i>			
Empresador RJ LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA		Inscrição CNPJ: 07.386.574/0001-99	Admissão 13/08/2016	Competência Agosto de 2019	
Empregado 000119 LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS		Cargo SUPERVISOR DE SERVICOS	Lotação CENTRAL EOLICA SAO CRISTOVAO S.A		
PIS 14188798196	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
004	Gratificação de Função Lider	10	117,20		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.172,04		
041	Intrajornada	16h	141,81		
061	Hora Extra 100%	11h	117,20		
965	Adicional Noturno 20%	120hs	127,86		
310	INSS	8%		134,08	
647	Alimentação	1%		2,82	
			Total de Proventos 1.676,11	Total de Descontos 136,90	
				Liquido a Receber 1.539,21	
Salário Contratual 1.172,04	Base de Cálculo do INSS 1.676,11	Base de Cálculo do FGTS 1.676,11	FGTS 134,08	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura 03/07/19 <i>Leandro Jose Paiva</i>			
Empresador RJ LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA		Inscrição CNPJ: 07.386.574/0001-99	Admissão 13/08/2016	Competência Julho de 2019	
Empregado 000119 LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS		Cargo SUPERVISOR DE SERVICOS	Lotação CENTRAL EOLICA SAO CRISTOVAO S.A		
PIS 14188798196	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta	
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
004	Gratificação de Função Lider	10	117,20		
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.172,04		
024	Feridos	0,05Dias	39,07		
041	Intrajornada	15h	119,87		
052	Adicional Noturno 21%	120h	134,25		
061	Hora Extra 100%	60h	639,29		
999	Gratificação de Função		120,00		
310	INSS	9%		210,75	
311	IRRF	7,5%		17,02	
647	Alimentação	1%		2,82	
			Total de Proventos 2.341,72	Total de Descontos 230,59	
				Liquido a Receber 2.111,13	
Salário Contratual 1.172,04	Base de Cálculo do INSS 2.341,72	Base de Cálculo do FGTS 2.341,72	FGTS 187,33	FGTS Contribuição Social	Base de Cálculo do IRRF 2.130,97

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura <u>06/09/19</u> <u>Leandro Jose Paiva</u>		
Empregador RJ LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA		Inscrição CNPJ: 07.386.574/0001-99	Admissão 13/08/2016	Competência Setembro de 2019
Empregado 000119 LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS		Cargo SUPERVISOR DE SERVICOS	Lotação CENTRAL EOLICA SAO CRISTOVAO S.A	
PIS 14188798196	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
004	Gratificação de Função Líder	10	117,20	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.172,04	
024	Feriados	0,5Dias	39,07	
041	Intrajornada	16h	142,74	
965	Adicional Noturno 20%	128hs	136,38	
310	INSS	8%		128,59
647	Alimentação	1%		2,82
			Total de Proventos 1.607,43	Total de Descontos 131,41
				Líquido a Receber 1.476,02
Salário Contratual 1.172,04	Base de Cálculo do INSS 1.607,43	Base de Cálculo do FGTS 1.607,43	FGTS 128,59	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura <u>07/10/19</u> <u>Leandro Jose Paiva</u>		
Empregador RJ LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA		Inscrição CNPJ: 07.386.574/0001-99	Admissão 13/08/2016	Competência Outubro de 2019
Empregado 000119 LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS		Cargo SUPERVISOR DE SERVICOS	Lotação CENTRAL EOLICA SAO CRISTOVAO S.A	
PIS 14188798196	Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas				
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto
004	Gratificação de Função Líder	10	117,20	
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.172,04	
024	Feriados	0,5Dias	39,07	
041	Intrajornada	15h	132,94	
061	Hora Extra 100%	4h	42,62	
965	Adicional Noturno 20%	120hs	127,86	
310	INSS	8%		130,53
647	Alimentação	1%		4,32
			Total de Proventos 1.631,73	Total de Descontos 134,85
				Líquido a Receber 1.496,88
Salário Contratual 1.172,04	Base de Cálculo do INSS 1.631,73	Base de Cálculo do FGTS 1.631,73	FGTS 130,53	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF

Nº do Cliente: 10291492		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 Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07047261/0001-70 CGF 08.105.848-3						
Para utilizar esse atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.								
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE ÚNICA Nº 020086940								
Rota TR019U12 - 82000 Nome LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS Endereço RU BOA ESPERANÇA, 00094 - 00094, CARRAPICHO, 62690-000, TRAIRI		Referência 09/2019 Emissão 26/09/2019 Medidor 5998285-ELE-626						
Classificação Residencial Pleno Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Ligação Monofásico		ÁREA RESERVADA AO FISCO						
F240HF8D7331E35ED7B56548AD0521E7 DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias		ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh) 						
Anterior 28/08/2019 Atual 26/09/2019 Próxima prevista 28/10/2019								
DADOS DA MEDIÇÃO								
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Média (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	1.465	1.413	1,00	52	00	52	0,77192	40,14
DADOS DO FATURAMENTO				TARIFA		VALOR (R\$)		
CIP - ILUM PUS PREF MUNIC						4,98		
ADICIONAL BANDO VERMELHA				0,05808		3,02		
CONSUMO				0,77192		40,14		
DEBITO DE PEQUENOS VALORES						28,97		
Tributo:								
	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):					
ICMS	43,16	27,00	11,65					
PIS	43,16	0,81	0,33					
COFINS	43,16	3,69	1,58					
VENCIMENTO 25/10/2019								
CONSUMO CONSCIENTE				TOTAL A PAGAR (R\$) 77,11				
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emitido kg (CO ₂) 20,30 Compensado kg (CO ₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO ₂) 0%				CPF/CNPJ 605.549.413-25				
INFORMAÇÕES AO CLIENTE								
Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 29/08 - 26/09						DEBITOS ANTERIORES MES-ANO VALOR(R\$) 07/2019 60,62 Total: R\$ 60,62		

Nº do Cliente: 10291492 Referência: 09/2019 V: [1.0 0.5]
 Data de Emissão: 26/09/2019 Total a Pagar (R\$): 77,11 02/10/2019
 Nº da Nota Fiscal: 020086940 Nº de Controle: 10004116027 02/10/2019

838000000000 9 77110031010 2 00411602703 2 020910101492 3

SINISTRO 3190517961 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA**LIDER** DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 60554941325**Posição em 18-11-2019 09:43:54**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
20/10/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
11/09/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
Impresso nº 2019502273



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1289 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/07/2019 11:43:07**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2018 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA CURIMÃS**
Complemento:
Bairro: **CANABRAVA** Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS**
Nascimento: **31/03/1994** CPF: **605.549.413-25**
RG: **2006019160771** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS**
JOSÉ LEANDRO DOS SANTOS
Endereço: **VILA CARRAPICHO**
Bairro: **CARRPICHO**
Município: **TRAIRI/CE** CEP: **62.690-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POO4531 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD1000JR108280** Renavam: **1143925375** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2017** Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **GUILHERME SOLON MACHADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que estava pilotando a motocicleta acima discriminada, quando caiu em vala aberta pela chuva, na estrada em que trafegava; que em razão da queda, fraturou a clavícula; que foi socorrido por funcionários da empresa em que trabalha, localizada na proximidades do local do acidente; Que foi atendido no Hospital de Trairi e encaminhado para o Hospital São Camilo, em Itapipoca, devido à gravidade; Que possui Carteira de Habilitação AB, sob o nº 06064658497; Que apresentou como testemunhas FRANCISCO JEAN ARAÚJO, filho de Antônia Araújo Silva, portador do RG nº 2009097022351, inscrito no CPF nº 603.530.853-83, residente na localidade de Criançó, s/n, Trairi, e LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA, filho de Livramento da Silva Pinto, portador do RG nº 2008472382-8, inscrito CPF nº 071.031.083-82, residente na localidade de Cotese, Trairi; Que registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT. E NADA MAIS DISSE.//////
As informações supramencionadas é de inteira responsabilidade do queixoso, sendo informado que fato inexistente é crime punível na forma da lei.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI
 Impresso nº 2019502273



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 1289 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOÃO BOSCO PEGADO PIRES FILHO - MAT.: 30118677

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

LEANDRO JOSE DA SILVA DOS SANTOS

VISTO DO DELEGADO(A) :

MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 301197-3-8

TESTEMUNHAS

1. *Francisco Jean Araújo*

2. *Leonardo Oliveira da Silva*

FICHA DE REFERÊNCIA

Nº 1617 0006781

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: _____
 Nome: Leandro José Paiva dos Santos Prontuário nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 31/03/94 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 Motivo do Encaminhamento: Pete 21 anos, c/ fratura da clavícula dir
devido acidente de trânsito (queda de moto)
 Resultado de Exames: rec.
consente e orientado PA: 110.X83
 Conduta já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: Fratura de Clavícula dir
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data 14/08/18 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: Traumatismo / ortopedia
 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 _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____		Município: _____	
Distrito Sanitário: _____		Município: _____	
Nome: <u>Uandson José Paiva dos Santos</u>		Prontuário nº: _____	
Sexo: M ☒ F ☐	Data de Nascimento: <u>31/03/94</u>	Ocupação: _____	
Endereço: _____		Bairro: _____	Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: <u>fratura de clavícula do membro superior direito</u>			
Resultado de Exames: <u>constante e orientado</u>			
Conduta já Realizada: _____			
Impressão Diagnóstica: <u>Fratura de Clavícula</u>			
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro		Função	Data
<u>Dr. Antônio Medeiros</u>			<u>12/08/11</u>
AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico			
Procedimento: <u>Tratamento ortopédico</u>			
Unidade de referência: _____		Data: ____/____/____	Hora: ____
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)			
Unidade de referência: _____		Data: ____/____/____	
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



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 12/08/2018 03:25

Página 1

v2018002

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 246736	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS	CNS 898003492681818	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 605.549.413-25			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 31/03/1994	Local TRAIRI/CE			Idade 24 Ano(s)
Pai JOSE LEANDRO DOS SANTOS	Mãe FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS			
Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Bairro BOA ESPERANCA	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão VIGILANTE	Empresa	Cônjuge		Telefone 85 98084415
Responsável FRANCISCA TAINAN IRIS	CPF do Responsável	Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2018	Hora 01:41	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA	CRM/UF 16901/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário ALEXANDRINA FERREIRA GOMES			
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)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36,1	78	15	110 X 80	100	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/08/2018 02:04

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

Paciente deu entrada no PA, vítima de acidente motociclistico, relata que teve perda de consciência no local.

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

12/08/2018 03:24:44h Responsável: TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA CRM-CE 16901

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO ÀS 20H30, COM EJEÇÃO DO CAPACETE; COM PERDA DE CONSCIÊNCIA POR ALGUNS MINUTOS, COM POSTERIOR RECUPERAÇÃO DA MEMÓRIA. REFERE EPISÓDIOS DE NÁUSEAS ISOLADOS, SEM SEGUIMENTO POR VÔMITOS. NEGA DISPNEIA, DOR ABDOMINAL. REFERE-NOS PERDA DA ADM DO OMBRO ~~ESQUERDO~~ *direito*.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL; HIDRATADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE; GLASGOW=15

EX. CV: RCR; 2T; BNF; SEM SOPROS;

EX. AP RESP: MVU; S/ RA

EX. ABD: INOCENTE

EXTREMIDADES: FRATURA PALPÁVEL DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ~~ESQ~~ *DIR*.

CD: ANALGESIA

SOLICITO PARECER DA TRAUMATORTOPEDIA

ALTA DA CLÍNICA MÉDICA

Dr. Tiago César Uchoa Pereir.
Médico
CREMEC: 16.901

TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA - CRM: 16901

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NEIO LUCIO FERRAZ PASSES e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 14/03/2020 às 19:03, sob o número 00502107520208060175. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050210-75/2020.8.06.0175 e código 62D4675.



SÃO CAMILO

Hospital e Assistência

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 12/08/2018 04:19

Página 1

v2018002

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 246736	Atendimento 0003	Nome do Paciente LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS	CNS 898003492681818	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 605.549.413-25	Local TRAIRI/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	Idade 24 Ano(s)
Data de Nascimento 31/03/1994	Pai JOSE LEANDRO DOS SANTOS	Mãe FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS	UF CE	Telefone 85 98084415
Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Bairro BOA ESPERANÇA	CEP 62690-000	Município TRAIRI	
Profissão VIGILANTE	Empresa	Cônjuge		
Responsável FRANCISCA TAINAN IRIS	CPF do Responsável	Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2018	Hora 04:19	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR	CRM/UF 14339/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	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 (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------	---------------	------------------

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

fratura do Humerulo

ref. Gesso em "8"
Rx de controle

Dr. Antº Pierre Aguiar Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14339 / TEOT 14653

Este documento é válido para o SUS
sem necessidade de pagamento de
qualquer valor pelo paciente ou
pelo convênio.

Francisca Tainan Iris
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS

ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR - CRM: 14339



SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 12/08/2018 04:19

Página 1

v2018092

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 246736	Atendimento 0003	Nome do Paciente LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS	CNS 898003492681818	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 605.549.413-25		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 31/03/1994		Local TRAIRI/CE	Idade 24 Ano(s)	
Pai JOSE LEANDRO DOS SANTOS		Mãe FRANCISCA ALVES PAIVA DOS SANTOS		
Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70		Bairro BOA ESPERANCA	CEP 62690-000	Município TRAIRI
Profissão VIGILANTE	Empresa	Cônjuge		UF CE
Responsável FRANCISCA TAINAN IRIS	CPF do Responsável	Endereço RUA FAUSTINO VIDAL, 70	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2018	Hora 04:19	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR		CRM/UF 14339/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		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)		Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)	

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

fratura do Navicular

*Ref. Gesso em "8"
Rx de controle*

Dr. Antº Pierre Aguiar Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14339 / TEOT 14693

ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR - CRM: 14339

Francisca Tainan Iris
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA TAINAN IRIS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NEIO LUCIO FERRAZ PASSES e esaj.tjce.jus.br, protocolado em 14/03/2020 às 19:03, sob o número 00502107520208060175. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050210-75/2020.8.06.0175 e código 62D4675.



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Des. Ven. José Paulo de Souza

17/09/2018

08:10:00

Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto

Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
rheumatologia - Ortopedia
REMEC/CE 3289 - SBO 1113
CRF - 091.102.083-72

ITAPIPOCA, ____ de ____ 20 ____

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

RECEIÇÃO MÉDICA

Valor de
03/10/2018
08:00
H de d. de M

Dr. Anne Diene Aguiar Nêr
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CRM/RS 2386-5612-1112

Valor de
14/11/2018
08:00
H de d. de M - M.

Valor de
20/11/2018
08:00
H de d. de M - M.



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Des. Leoni Pires de Siqueira

Exames

[Signature]
Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
Ortopedia - Ortopedia
CREC/CE 3289 - SBOT 1113
CPF: 091.102.083-72

ITAPIPOCA, ____ de ____ de 20__.

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Senhor João Paulo de Siqueira

05/09/2018
08:00

Dr. Amélio Aguiar Neto
MM

Dr. Amélio Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
- REMECICE 2286-SBOT 1113

ITAPIPOCA, _____ de _____ 20____

[Signature]
ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Leandro José Paiva dos Santos

ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NESTE SERVIÇO POR FRATURA DA CLAVICULA DIREITA . NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PARA TRATAMENTO ADEQUADO .

CID: S42.0

ITAPIPOCA - 12 DE AGOSTO DE 2018



ITAPIPOCA, _____ de _____ 20____.

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

LEANDRO JOSE PAIVA DOS SANTOS

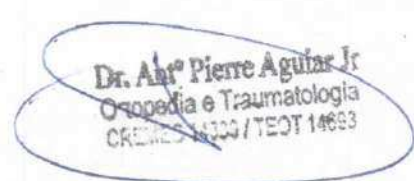
USO ORAL :

1) IBUPROFENO 600MG  10 COMP
TOMAR 1 COMP DE 12/12H

USO TÓPICO

ORIENTO :

- RETORNO DIA 08/09/18
- USO DE TIPOIA E DO 8 GESSADO


Dr. Air Pierre Aguiar Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14333 / TEST 14693

ITAPIPOCA, _____ de _____ 20__

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

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

Renata Soraia Paiva de Santo

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.

☒ Permanecer afastado do trabalho (30) dias a partir de 08/09/2018

Observações: Furto de duas chaves

CID: _____

ITAPIPOCA 19 de 09 de 20 18

Dr. Antônio Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA

ASSINATURA E CRM

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Socorro José

Piso 2 do Ombro Din
AP



ITAPIPOCA, ____ de ____ 20__

ASSINATURA E CRM

► Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732659558
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 1143925375 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME

GUILHERME SOLOM NACHADO

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ

60363042342

PLACA

P004531/CE

PLACA ANT. /UF

/CE

CHASSI

9C2KD1000JR108280

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB.

2017

ANO MOD.

2018

CAP / POT / CIL

2P/0CV/162CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

//**

VENC / COTAS

1%

FAIXA LPVA.

PARCELAMENTO / COTAS

2%

3%

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL

FORTALEZA

DATA

22/03/2019

Igor Ponte

Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014732659558 BILHETE DE SEGURO DPVAT

60363042342

P004531/CE

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

014732659558

58800603575

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/03/2019

VIA

01

CPF / CNPJ

60363042342

PLACA

P004531

RENAVAM

1143925375

MARCA / MODELO

HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB.

2017

CAT. TARIF.

PART

Nº CHASSI

9C2KD1000JR108280

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD10E0J108250

0001B