



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013/664249

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, Ronaldinho Rafael de FariasPORTADOR(A) DO RG Nº 1.119.336EXPEDIDO POR SSP/ALEM 17/12/96 ECPF 03081258430 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSO-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ronaldinho Rafael de Farias. 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



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);

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 001 AGÊNCIA 0542-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 59.447-4☐ 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 _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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 Proprieta Al DATA 09/09/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) x Ronaldinho Rafael de Farias

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**ARUANA
SEGUROS S.A.**

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:


CLIENTE: RONALDO RAFAEL DE FARIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00542-8

CONTA: 000000059447-4

Nr. da Autenticação 97ED69F7DD4C81B1

 ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2 FONE: 35216096 DATA/HORA COMUNICADO: 24/09/2013 15:26 DELEGACIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4ª DRP/DPJA2		NUMERO: 0555-C/13-0264 Pág. 1 / 1
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO		INSTRUMENTO:	
	DATA/HORA: 05/09/2013 18:10		LOCAL DO FATO: RUA ISABEL DE OLIVEIRA LIMA Jardim Esperança Arapiraca	
	DIA DA SEMANA: q PONTO DE REFERÊNCIA:			
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO
DIA DA SEMANA 1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB		GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL		
VITIMA NOME / RAZÃO SOCIAL: RONALDO RAFAEL DE FARIAS RG: 1719336 SSP-AL CPF: 03081258430 FILIAÇÃO: RAFAEL IZAQUIEL DE FARIAS EVA JOSEFA DOS SANTOS FARIAS PROFISSÃO: Agricultor DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1979 IDADE: 33 COR: SEXO: M UF: AL NATURALIDADE: ARAPIRACA NACIONALIDADE: 1 ESTADO CIVIL: 2 GRAU INSTRUÇÃO: 2 TURISTA: ENDEREÇO: VILA SÃO FRANCISCO Nº BAIRRO: CIDADE: Arapiraca FONE: SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO AFINIDADE VITIMA -> AUTOR: OCORRÊNCIA RELACIONADA A: Nº 0555-C/13-0390				

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO	VEÍCULO: INSTRUMENTO	PLACA: NML2745	CHASSI: 9C2KC1550AR139545
	MARCA/MODELO: HONDA CG 150 FAN ESI	COR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2010 ANO MODELO: 2010

HISTORICO

Advertido de que fazer comunicação falsa a Polícia é crime, sujeitando o(s) infrator(es) as penas previstas em lei, noticia a vítima que no dia, local e horário acima descritos, estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, DE PLACA NML 2745, conduzida pela testemunha RANIERE JOSÉ DOS SANTOS, momento em que ao passar por um cruzamento um motociclista (moto de características desconhecida pela vítima), não aguardou o momento oportuno e cruzou a rua, atingindo longitudinalmente a referida motocicleta, ocasionando a quedas dos motociclistas; Que após a colisão o condutor da outra moto não socorreu as vítimas, pelo contrário, se evadiu do local; Que a testemunha Ranieri se levantou rapidamente e ligou para a SAMU, porém foi informado que a viatura estava em ocorrência; Que então a testemunha Ranieri resolveu encaminhar a vítima para a Unidade de Emergência do Agreste, onde foi diagnosticado uma fratura de clavícula esquerda de acordo com Boletim de Entrada nº374806, emitido pela U.E. de Arapiraca, assinado pelos médicos LUIZ CARLOS BUARQUE DE GUSMÃO, CRM 1847 e MARCO J. GUERRA DOS REIS, CRM 3599.

Acrescenta o noticiante que o Ranieri teve apenas algumas escoriações no sinistro em tela. Nada mais disse.

Ressalta-se que a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, DE PLACA NML 2745, está registrada em nome de MARIA APARECIDA DA SILVA NUNES.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



TESTEMUNHA	1 NOME: RANIERE JOSÉ DOS SANTOS	<i>Ranieri Jose dos Santos</i>
	ENDEREÇO: RUA BENEDITO ST. Planalto Arapiraca AL	
	2 NOME: GENALDO VICENTE DE ESPINDOLA	<i>Genaldo Vicente de Espindola</i>
	ENDEREÇO: RUA CARLOS CESAR DE ARAÚJO 32 Baixa Grande Arapiraca AL	

NOTICIANTE:	ASS.: <i>Ronaldo Rafael de Farias</i>
ELABORADO POR: Karl Fagner Barbosa Lucio	ASS.: RG / MAT.: 3010449
AUTORIDADE: Cícero Torres Sobrinho	ASS.: RG / MAT.: 296554
ESCRIVÃO AD-HOC: Karl Fagner Barbosa Lucio	ASS.: RG / MAT.: 3010449

Serviço Registral e Notarial - 5.º Distrito
 ARAPIRACA - ALAGOAS
AUTENTICAÇÃO
 Certifico haver conferido a presente Intenção a com o original que me foi apresentada.

Sã. Francisco, 04/10/2013

Em test. *[Assinatura]*

☒ CORNELIO LIMA BRITO - Tabelião

ARUANA SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Ronaldo Rafael de Farias, portador(a)
do RG nº 1.719.336 e inscrito(a) no CPF sob o nº 030.812.584-30, residente e
domiciliado(a) à R. São José, 20 - Vila São Francisco,
na cidade de Anapiraca, UF AL, declaro, sob as penas da lei,
que estou impossibilitado(a) 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
(X) 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 a
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.

X Ronaldo Rafael de Farias

Assinatura do declarante

(conforme documento de identificação)

**ARUANA
SEGUROS S.A.**

19 OUT 2013

Anapiraca/AL, 09 de Setembro de 20 13.

SINISTRO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013664249**Cidade:** Arapiraca**Natureza:** Invalidez**Vítima:** RONALDO RAFAEL
DE FARIAS**Data do acidente:** 05/09/2013**Emissor do
parecer:** Jose
Teofilo
Saraiva**Seguradora:** ARUANA SEGUROS
S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 325042

PARECER

Data da análise:	06/11/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA
Resultados terapêuticos:	DEBILIDADE
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	OMBRO ESQUERDO 50%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	3.375,00
Médico avaliador:	TEOFILO
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50



Eletrobras
Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Gruta de Lourdes - CEP: 57057-900
INSCRIÇÃO - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8
NOME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇOS SÉRIE U Nº 000773506

PARA CONTATO COM A ELE
INFORME ESTE
CÓDIGO

1035390-9

VALQUIRIA BARBOSA DE OLIVEIRA
R. SÃO JOSÉ 20 CASA VILA SÃO FRANCISCO

57.300-000 - ARAPIRACA

ROT: 010.28.010.000685

Mês faturado	AGO/2013	Classificação	RESID. BX. RLNDA
Apresentação	26/08/2013	Ligação	MONOFÁSICA
Leitura atual	4387 26/08/2013	Medidor kWh	000E178491
Leitura anterior	4334 23/07/2013	Constante	00001,000
Dias de consumo	14	Forma faturamento	NORMAL
Resíduo kWh		Consumo medido em kWh	53
Próxima leitura	21/09/2013	Consumo faturado em kWh	53

CNPJ / CPF: 00004958994459

IE / RG: 2055857

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	CONSUMO	MÊS / ANO	CONSUMO	MÊS / ANO	CONSUMO	MÊS / ANO	CONSUMO
JUL/13	60	ABR/13	75	JAN/13	77	OUT/12	65
JUN/13	58	MAR/13	67	DEZ/12	73	SET/12	65
MAI/13	57	FEV/13	67	NOV/12	78	AGO/12	56

CONSUMO	30 kWh a R\$	0,132062 =	3,96
	23 kWh a R\$	0,226384 =	5,20
DIFERENÇA DE TARIFA			11,51
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA			8,96
CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)			3,23
FFCOP	0,07		

***** REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA *****
Em 15/08/2013, apuramos o debito abaixo. O não pagamento sujei-
tara a suspensão do fornecimento a partir de 10/09/2013.
07/13 17,17
Caso o pagamento ja tenha sido efetuado, favor desconsiderar este
reaviso.

Bandeiras Tarifarias: A Verde não tem acrescimo. Amarela e Verme-
lha tem acrescimo. Estamos com bandeira vermelha. Em 2014 vigorara
 acrescimo de R\$ 0,030 por kWh. Duvidas: www.aneel.gov.br.
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

Reservado ao Fisco: 8321.65D8.4D45.40AD.E934.F7B0.AFD6.BD09

COMPOSIÇÃO FATURA		DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		Total a Pagar R\$	
Energia:	6,71	B. de Cálculo :	20,67 Aliq.: 17,00%	14,94	
Tributos:	4,60	ICMS sobre Val. Tarifa :	1,56		
Enc. Setoriais:	1,01	ICMS sobre Val. Subvenção :	1,95	Vencimento	
Transmissão:	0,99	Valor Total do ICMS :	3,51	15/09/2013	
Distribuição:	7,36	Valor PIS/PASEP:	0,19		
		Valor COFINS:	0,90		
INDICADORES DE CONTINUIDADE:		DIC	FIC	DMIC	RELAÇÃO DAS FATURAS VENCIDAS
APURADO MENSAL :		0,00	0,00	0,00	
LIMITE MENSAL :		11,30	8,12	6,19	
LIMITE TRIMESTRAL :		22,61	16,24		
LIMITE ANUAL :		45,22	32,48		
CONJ. ELÉTRICO :	S1 AKAPIRACA 11				
MÊS DE REF. :	06/2013	CM:	5,41		



Eletrobras
Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Gruta de Lourdes - CEP: 57057-900
INSCRIÇÃO - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO

1035390-9

Mês faturado

AGO/2013

TOTAL A PAGAR - R\$

14,94

Vencimento

15/09/2013

83680000000 9 14940003000 8 00000001035 5 39090813008 6

ARUANA
SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronaldinho Rafael de Farias

RG nº 1.719.336, data de expedição 17/12/96, Órgão SSP/AL,

CPF nº 030.812.584-30, 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 (Rua/Avenida/Praça)	Rua: São José
Número	20
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Zila São Francisco
Cidade	Arapiraca
Estado	Alagoas
CEP	57300-000
Telefone de Contato	(82)3522-5712 (82)9988-3101 (82)8136-9908
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Arapiraca, AL 09/09/2013

Assinatura do Declarante: Ronaldinho Rafael de Farias





SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente: Ronaldo Rafael de Faria

Endereço: Rua São José

Arapiraca

Número do Prontuário (ou Boletim de Emergência): 344806

Data de Entrada: 05/09/13

Data de Saída: 05/09/13

Ref. Fratura clavícula etc.

Ex: RX + mobiliz

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*100401

Arapiraca-AL, 11 de Setembro de 2013

Marco J. Gomes dos Reis
Ortopedista
CRM 1592
RQE 128.309/04-68

ARUANA
SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

INS. DATAGUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

NÚM. DO EE: 374804

DATA: 03/09/2013

HORA: 18:11

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: EDUARDO RAFAEL DE FARIAS
 IDADE: 21 ANOS NASC: 29/10/1979
 ENDEREÇO: RUA SAO JOSE
 COMPLEMENTO:
 MUNICIPIO: ARAPIRACA

DOC:
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 10
 BAIRRO: BARRA DE
 UF: AL CEF:

NOME DA MÃE: EVA JOSEFA DOS SANTOS FARIAS
 RESPONSÁVEL: O PRÓPRIO

TEL: 82-4788-0300

LOCAL DE PROCEDENCIA: ARAPIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - PISTAS

CASO POLICIAL: NÃO

PLANO DE SAÚDE: NÃO

TRABALHO: NÃO

ACT. TRABALHO: NÃO

VOTO DE AMPLACIA: NÃO

PA: [] A [] C [] F [] T []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] R [] S [] B [] U []
 [] L [] E [] U []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] R [] S [] B [] U []
 [] L [] E [] U []

DADOS CLÍNICOS:

Trauma de ombro e

DIAGNOSTICO:

fratura de omoplata esquerda

CID: S42.0

PRESCRIÇÃO

HONORARIO DA MEDICINA

Rx: ANKBAO E

A autopsia

Impulso
 M de p
 Omulcu

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HOULY

A vista do original apresentado;
 AUTENTICO a presente cópia, na
 forma do Art. 5º único do Decreto
 Nº 83936/79
 Arapiraca, AL 09/09/2013

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

ARUANA
 SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

Dr. Luiz Carlos Buarque de Gusmão
 Cirurgião Geral
 68061-1847
 MINISTRO DPVAT

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESIGNADA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE SAÚDE:

ORÇTO: [] ATE 48H [] APOS 48H [] FAMILIA []



Pronto Trauma Serviços Médicos Ltda.

C.N.P.J. 12.487.419/0001-07

Traumatologia Ortopedia - Fisioterapia - Raio X

Rua Pedro Nunes de Albuquerque, 273 - Capiatã - Fone: (82) 3522-2509

CEP: 57300-550 - Arapiraca - Alagoas

RELATÓRIO

A Clínica Pronto Trauma Serviços Médicos Ltda, vem através do presente informar que o **Sr. Ronaldo Rafael de Farias**, deu entrada nesta clínica no dia 06 de Setembro de 2013, (sendo atendido pelo SUS) apresentando fratura na clavícula esquerda, com CID S 42-0, sendo submetido a exame radiológico e tratamento conservador.

Dr. José Alberto de O. Silva
Traumatologia Ortopedia
CRM 1408 - AL

Dr. José Alberto de O. Silva

Arapiraca- AL, 09 de Setembro de 2013.

**ARUANA
SEGUROS S.A.**

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.719.336 DATA DE EXPEDIÇÃO 17.12.1996

NOME **Ronaldo Rafael de Farias**

FILIAÇÃO **Rafael Izaquiel de Farias**
Eva Josefa dos Santos Farias

Arapiraca-AL 29.10.1979
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Nasc. Nº 1720 Lv.02a Fle, 34 Dist.
DOC ORIGEM
 de Vila São Francisco-Arapiraca-AL

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 2.118 DE 29/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS PI.01

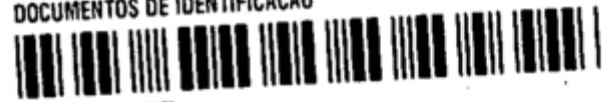
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Positivo

Ronaldo Rafael de Farias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*1004037

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome **RONALDO RAFAEL DE FARIAS**

Nº de Inscrição **030812584-30** Data de Nascimento **29/10/79**

**ARUANA
 SEGUROS S.A.**

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 030.812.584-30

Nome da Pessoa Física: RONALDO RAFAEL DE FARIAS

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:57:26** do dia **17/09/2013** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F1DE.C4C4.A474.4C05**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

ARUANA
SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL Nº 010924580515
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COB-RENAVAM 00223593893 ENTR.C. EXERCÍCIO 2013

NOME MARIA APARECIDA SILVA MUNES

00835584461

NML2745

PLACANT. UR NOVO AL 9C2KC1550ARI39545

PAS/MOTOCICLO/NOVO ARLEC GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COB PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 01/07/2013 1º

PAGO EM FAIXA LVA PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 286,00 IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/07/13

AE/BANCO PANAMERICANO S/A DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL ARAPITACA AL DATA 01/07/2013

E22C LUBRIFICANTO SANTOS LUBRIFICANTES DATA 01/07/13

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

AL Nº 010924580515 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF/CNPJ 00835584461 PLACA NML2745

BILHETE DE SEGURO DPVAT

AL Nº 010924580515 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSAO 02/07/2013

VIA 01 COB-RENAVAM 00223593893 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANFAB 2010 CALIBRE 9 9C2KC1550ARI39545

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 129,04 DENATRIAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

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

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE OUTAGAO 01/07/13

Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT S/A

CNPJ 09.248.608/0001-04

DUT



*1004032

ARUANA SEGUROS S.A.

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT



DECLARAÇÃO

Eu, Ronaldo Rafael de Farias, brasileiro(a),
estado civil Casado, portador(a) do RG nº 1.419.336,
inscrito(a) no CPF sob nº 030.812.584-30, residente e domiciliado(a) à
R. São José, 20 - Vila São Francisco,
na cidade de Arapiraca, UF AL DECLARO para os
devidos fins e a quem possa interessar, sob pena de responsabilização civil e criminal, que
era o(a) Condutor do veículo HONDA/CG 150 FAN EST placa
NML 2745, envolvido em acidente de trânsito no dia 05/09/2013, sem ser, no
entanto, proprietário(a) do mesmo. Sem mais.

Arapiraca/AL 09 de Setembro de 20 13

X Ronaldo Rafael de Farias

Nome:

CPF:

