



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, Ronaldo Rafael de FariasPORTADOR(A) DO RG Nº 1.493.336 EXPEDIDO POR SSP/AL EM 17/12/96CPF 0308125814-30 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ronaldo 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 DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO ESTRATO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Propriá/AL DATA 09/09/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Ronaldo 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 FARIA

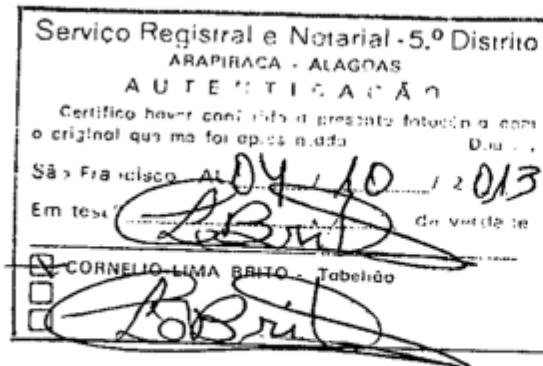
BANCO: 001

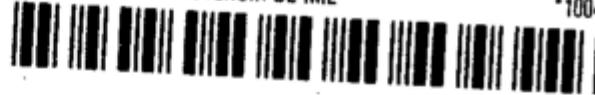
AGÊNCIA: 00542-8

CONTA: 000000059447-4

Nr. da Autenticação 97ED69F7DD4C81B1

 ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0555-C/13-0264	Pág.1 / 1		
	DELEGACIA: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4 ^a DRP/DPJA2		DATA/HORA COMUNICADO: 24/09/2013 15:26			
	FONE: 35216096		DELEGACIA DESTINO: Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4 ^a DRP/DPJA2			
	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO		INSTRUMENTO:			
FATO	DATA/HORA: 05/09/2013 18:10		LOCAL DO FATO: RUA ISABEL DE OLIVIERA LIMA Jardim Esperança Arapiraca			
	DIA DA SEMANA: q		PONTO DE REFERÊNCIA:			
VITIMA	COR	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO	
	1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIAO 3 VIUVO	1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
	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	NACIONALIDADE: ARAPIRACA	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 2	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA:
	ENDERECO: 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						
VEÍCULO	VEÍCULO: INSTRUMENTO		PLACA: NML2745	CHASSI: 9C2KC1550AR139545		
	MARCAS/MODELO: HONDA		CG 150 FAN ESI	COR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2010	ANO MODELO: 2010
HISTÓRICO	<p>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 RANIÈRE 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 Raniere se levantou rapidamente e ligou para a SAMU, porém foi informado que a viatura estava em ocorrência; Que então a testemunha Raniere 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, assassinado pelos médicos LUIZ CARLOS BUARQUE DE GUSMÃO, CRM 1847 e MARCO J. GUERRA DOS REIS, CRM 3599.</p> <p>Acrescenta o noticiante que o Raniere teve apenas algumas escoriações no sinistro em tela. Nada mais disse.</p> <p>Ressalta-se que a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, DE PLACA NML 2745, está registrada em nome de MARIA APARECIDA DA SILVA NUNES.</p>					
	BOLETIM DE OCORRÊNCIA					
	*1004026					
						
TESTEMUNHA	<p>1 NOME: RANIÈRE JOSÉ DOS SANTOS</p> <p>ENDEREÇO: RUA PENEDE 51 Planalto Arapiraca AL</p> <p>2 NOME: GENALDO VICENTE DE ESPÍNDOLA</p> <p>ENDEREÇO: RUA CARLOS CESAR DE ARAÚJO 32 Baixa Grande Arapiraca AL</p>					
	<p><i>Raniere Jose dos Santos</i></p> <p><i>Genaldo Vicente de Espindola</i></p>					
NOTICIANTE:	ASS.:	<i>Ronaldo Rafael de Faria</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				





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
- 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)



Anapiraca/AL , 09 de Setembro de 2013

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 Teófilo 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: TEOFILIO
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 33-9 - Gruta de Lourdes - CEP: 57057-900
MACEIÓ/AL - 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 000 // 3506

PARA CONTATO COM A ELE
INFORME ESTE
CÓDIGO

1035390-9

VALQUIRIA BARBOSA DE OLIVEIRA
R SAO JOSE 20 CASA VILA SAO FRANCISCO

57.300-000 - ARAPIRACA

ROT: 010.28.010.000685

Mês faturado	AGO/2013	Classificação	RESID.BX.RLND
Apresentação	26/08/2013	Ligaçao	MONOFASICA
Leitura atual	4387	Medidor kWh	00001/28491
Leitura anterior	4334	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 : 205585/

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

11,51

DIFERENÇA DE TARIFA

SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 8,96-

CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP) 3,23

FFCOEP - 0,07

REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA

Em 15/08/2013, apuramos o débito abaixo. O não pagamento sujeitará a suspensão do fornecimento a partir de 10/09/2013.

07/13 17,17

Caso o pagamento já tenha sido efetuado, favor desconsiderar este reaviso.

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estamos com bandeira vermelha. Em 2014 vigorará acréscimo de R\$ 0,030 por kWh. Dúvidas: 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	
Tributos:	4,60	ICMS sobre Val. Tarifa:	1,56	14,94
Enc. Setoriais:	1,01	ICMS sobre Val. Subvenção:	1,95	
Transmissão:	0,99	Valor Total do ICMS:	3,51	
Distribuição:	7,36	Valor PIS/PASEP:	0,19	
		Valor COFINS:	0,90	15/09/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE:				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:	SI ARAPIRACA 11			
MÊS DE REF.:	06/2013	CM:	5,41	

**ARUANA
SEGUROS S.A.**

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 33-9 - Gruta de Lourdes - CEP: 57057-900
MACEIÓ/AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO	TOTAL A PAGAR - R\$
1035390-9	14,94
Mês faturado	Vencimento
AGO/2013	15/09/2013

83680000000 9 14940003000 8 00000001035 5 39090813008 6

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ronaldo 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)	<u>Rua: São José</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	<u>case</u>
Bairro	<u>Rua São Francisco</u>
Cidade	<u>Araci</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57300 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(82)3522-5712 (82)9988-3101 (82)8136-9908</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Araci/AL 09/09/2013

Assinatura do Declarante: Ronaldo Rafael de Farias





RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente: João Pedro Rafael da Faria

Endereço: Av. São José
Arapiraca

Número do Prontuário (ou Boletim de Emergência): 374806

Data de Entrada: 05/10/13 Data de Saída: 05/10/13

Dr. J. Faria encaminhado

Dr. Alex + molde

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*10040



Arapiraca-AL, 11 de Setembro de 2013

Marco J. Guirado dos Reis
Ortopedista
CRM: 699
CRB: 28.109/04/08

19 OUT 2013

SINISTRO DPVAT



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 - Capiatá - Fone: (82) 3522-2509
CEP: 57300-550 - Arapiraca - Alagoas

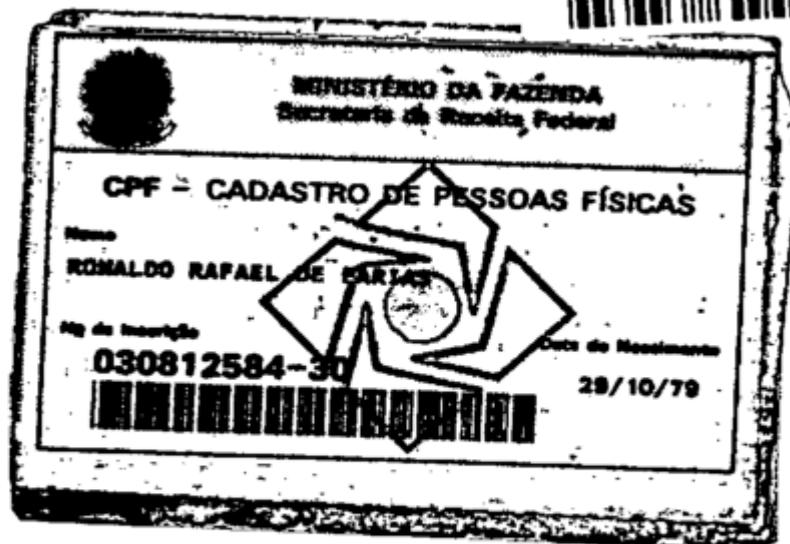
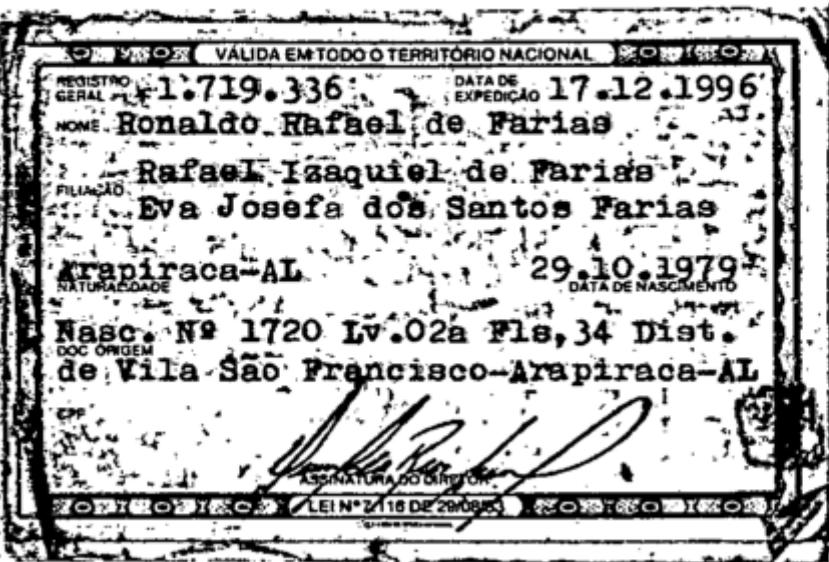
RELATÓRIO

A Clínica Pronto Trauma Serviços Médicos Ltda, vem através do presente informar que o **Mr. 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 da C. Silva
Médico Ortopedista
CRM-AL 108-21

Arapiraca- AL, 09 de Setembro de 2013.

**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

Dígito 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

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT.

AL N° 010924580515		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
0 0 0 5 0 0 9 0 1		EXERCÍCIO	
0 0 0 0 0 0 0 0 1		PLACA	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
AL N° 010924580515		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	008 5558 4461	2013	02/07/2013
RENAVAM	MARCA / MÓDELO		
00233593893	HONDA/CG 150 FAN ESI		
ANO FAB	DATA FAB	Nº CHASSI	
2010	9	9C2KC1550ARI39545	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PREÇO (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
129,04	14,34	143,37	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
15	1,11	292,01	
PAGAMENTO		DATA DE OBTENÇÃO	
X COTA ÚNICA		PARCELADO	
		01/07/13	

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

—DRAFT



**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 Itaperaica, UF SP 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.

Arasuraca 1º fl 09 de Setembro de 2013

Ronaldo Rafael de Farias

Nome:

CPF:

