



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.

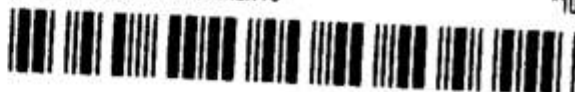
EU, Fabio Veios de AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 011.450.840-61 EXPEDIDO POR DETRAN IAL EM 22/02/10 ECPF 00755824-62 /CNPI 00000000-0000-00, PROFISSÃO: Condutor

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBOU-SH NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A); DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio Veios de Araújo. 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 237 AGÊNCIA 369-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0520109-8

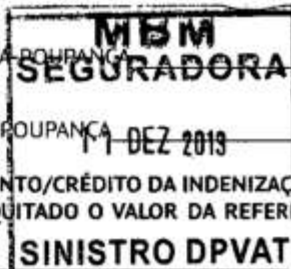
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ 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 ITAÍ 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 Apuraca 1.62 DATA 04/10/2013

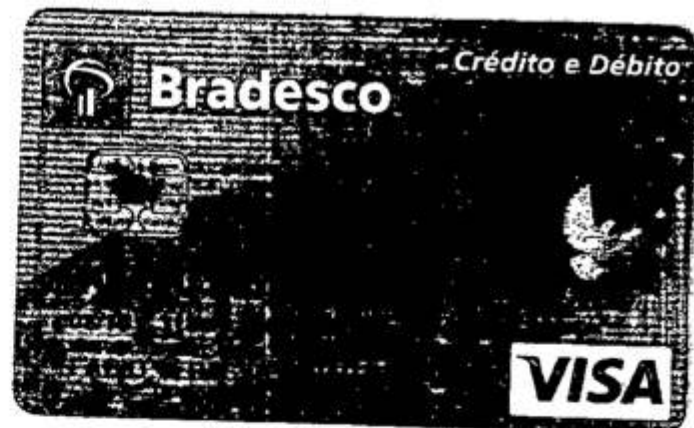
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Fabio Veios de Araújo

! 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.



MBM
SEGURADORA
11 DEZ 2013
SINISTRO DPVAT

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/12/2013
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VERAS DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03169-0

CONTA: 000000520109-8

Nr. Autenticação

BRABESCO2412201305000000000023703169000000520109135000 PAGO



Polícia Militar de Alagoas
Comando do Policiamento do Interior
CPAI - II

3º BPM

Boletim de Ocorrência Nº 603

v-1 MUY 5926 v-2 KJY 3326 v-3 MUR 9882
Local AV. GOV. MUNIZ FALCÃO, ARAPIRACA-AL Data 23/9/2013
Hora 14:40 Dia da Semana SEGUNDA

TIPOS	Capotamento <input type="checkbox"/>	Tombamento <input type="checkbox"/>	Incêndio <input type="checkbox"/>	Saída de pista <input type="checkbox"/>	Casa/muro <input type="checkbox"/>	Choque: <input type="checkbox"/>
	Colisão: Frontal <input type="checkbox"/> Traseira <input type="checkbox"/> Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/>				V. parado <input type="checkbox"/>	Barranco/defensa <input type="checkbox"/>
Abaloamento: <input type="checkbox"/>				Atropelamento: <input type="checkbox"/>	Árvore <input type="checkbox"/>	Poste <input type="checkbox"/>
				Pedestre <input type="checkbox"/>	Animal <input type="checkbox"/>	Outros <input checked="" type="checkbox"/>

Condições presumíveis dos condutores:

	v1	v2	v3
Aparência normal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aparência sonolenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomas de embriaguez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal súbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permaneceu no local	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prestou socorro à vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evadiu-se do local	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Classificação:

Com vítimas ☒
Danos materiais ☒

Pavimento:

Asfalto ☒
Terra ☐
Concreto ☐
Calçamento ☐

Tempo:

Claro ☒
Nublado ☐
Chuvoso ☐
Nevoeiro ☐
Outros ☐

Luz:

Dia ☒
Entardecer ☐
Amanhecer ☐
Noite ☐
Rodovia iluminada ☐

Placa MUY 5926

Marca/modelo

GM/CORSA CLASSIC

Espécie:

Passeio ☒

Coletivo ☐

Moto ☐

Outras ☐

Táxi ☐

Carga ☐

Proprietário

NÃO IDENTIFICADO

Endereço

NÃO IDENTIFICADO

Motorista

EVADIU-SE

Endereço

NÃO IDENTIFICADO

Data de nascimento

Procedência e destino do veículo

RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO

Danos materiais

NÃO APURADO

Leitura do bafômetro:

0,01 a 0,03

0,04 a 0,05

0,06 a 0,08

0,09 a 0,15

0,16

Velocidade estimada

XXXXXX

Placa

KJY 3326

Marca/modelo

VW/GOL

Espécie:

Passeio ☒

Coletivo ☐

Moto ☐

Outras ☐

Táxi ☐

Carga ☐

Proprietário

JORGE VIEIRA DE OLIVEIRA

Endereço

RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO, 193, SÃO LUIZ II, ARAPIRACA-AL

Motorista

JORGE VIEIRA DE OLIVEIRA

Endereço

RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO, 193, SÃO LUIZ II, ARAPIRACA-AL

Data de nascimento

6/9/1962

Categoria CNH

"AB"

Data de Habilitação

21/9/1985

Procedência e destino do veículo

ESTACIONADO NA RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO

Danos materiais

PEQUENA MONTA

Leitura do bafômetro:

0,01 a 0,03

0,04 a 0,05

0,06 a 0,08

0,09 a 0,15

0,16

Velocidade estimada

XXXXXX

Placa

MUR 9832

Marca/modelo

FITA/PALIO

Espécie:

Passeio ☒

Coletivo ☐

Moto ☐

Outras ☐

Táxi ☐

Carga ☐

Proprietário

FABIO VIEIRA DE ARAUJO

Endereço

RUA ANTONIO FELIX DA SILVA, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL

Motorista

FABIO VIEIRA DE ARAUJO

Endereço

RUA ANTONIO FELIX DA SILVA, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL

Data de nascimento

28/11/1974

Categoria CNH

"AB"

Data de Habilitação

28/2/2000

Procedência e destino do veículo

AV. GOV. MUNIZ FALCÃO/GUARIBAS

Velocidade estimada

XXXXXX

SINISTRO DPVAT

RENAVAM 967304510

Chassi 9BNA05U29T093215

Nº Habilitação 01145004061

11/07/2013

00980509939

9BNA05U29T093215

00556436259

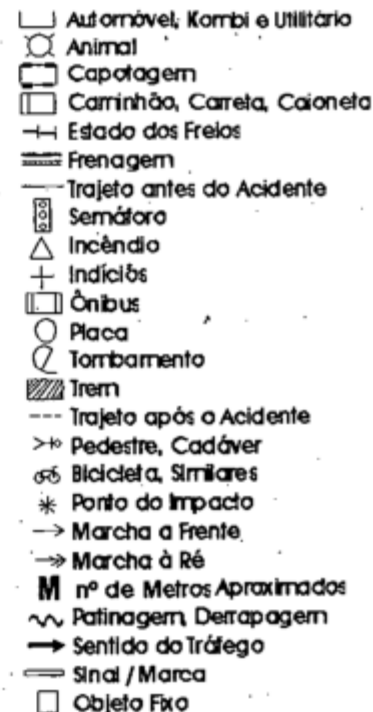
9BG5N19908B173471

00556436259

9BG5N19908B173471

00556436259

9BG5N19908B173471



Arapiraca/AL, 25/09/2013



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Fabio Vercas de Araújo, portador(a)
do RG nº 1242615 e inscrito(a) no CPF sob o nº 007.555.824-62 residente e
domiciliado(a) à Rua: Projetada, 22 - QD C Lote 18 - Guaribas.
na cidade de Arapiraca, UF PE, 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.

Fabio Vercas de Araújo

Assinatura do declarante

(conforme documento de identificação)

Arapiraca PE, 04 de Outubro de 20 13



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013802017**Cidade:** Arapiraca**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FABIO VERAS DE ARAUJO**Data do acidente:** 23/09/2013**Emissor do parecer:** Kelly Nicolau Rodrigues**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 436856

PARECER

Data da análise:	20/12/2013
Valoração do IML:	0,00
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	TRAUMA DE FACE
Resultados terapêuticos:	COM SEQUELA
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL/ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS:10% DE 100%:10%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	REGINALDO WANIS
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde 100 que haja comprometimento de função vital	1		10

Valor avaliado: 1.350,00

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Graças de Lourdes - CEP: 57057-900
MACDÓVAL - CNPJ: 12.372.084/0001-00 - R: 24007177-8
REGIME ESPECIAL DE IMPOSTAÇÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
Nº / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SEME U Nº

Nº da Nota Fiscal 000441114

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2013	01/10/2013	81	37,8

FABIO VERAS DE ARAUJO
R PROJETADA 22 QD C LOTE 18 GUARIBAS

57.300-000 - ARAPIRACA

ROT: 010.09.029.0040

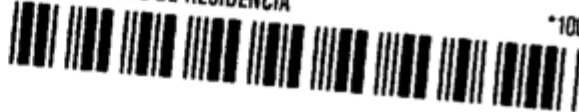
DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		589		Atual:	13/09/201
Anterior:		508		Anterior:	15/08/201
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	13/10/201
Consumo Medido:		81		Emissão:	20/09/201
Consumo Faturado:		81	1 CAM	Apresentação:	20/09/201

NORMAL 29

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posição	Código Pat	Méda 12 m
RESIDENCIAL		MONOFASICA 000E2115393	S 3 20431	T.1.1.1	72

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/13 81	CONSUMO 81 kWh a R\$ 0,392391 = 31,71
JUL/13 93	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(COSIP) 6,04
JUN/13 66	FECDP - 0,10
MAI/13 95	
ABR/13 113	
MAR/13 30	
FEV/13 30	
JAN/13 0	
DEZ/12 0	
NOV/12 0	
OUT/12 0	
SEI/12 0	

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

BANDEIRAS DE PAGAMENTO: A VERDE NÃO TEM ACRESCIMO, AMARELA E VERMELHA TEM ACRESCIMO. ESTAMOS COM A BANDEIRA VERMELHA. EM 2014 VIGORARÁ ACRESCIMO DE R\$ 0,015 POR KWH. DÚVIDAS: WWW.ANEEL.GOV.BR. LIGUE 8880 882 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 652A.541A.052D.CCA0.F50B.F865.B657.3788

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 11,09	Base de Cálculo: 31,78
Energia: 11,88	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,62	Valor do ICMS: 5,40
Encargos: 1,14	Valor do PIS: 0,29
Tributos: 7,05	Valor do COFINS: 1,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,47	12,94	25,89	3,92	7,85	15,70	3,80
0,00			0,00			0,00

SE ARAPIRACA 1

07/2013

19,08



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Veras de Araújo.

RG nº 01.450.040-61, data de expedição 22/02/10, Órgão DETRAN/AL

CPF nº 007.555.824-62, 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: Profetado</u>
Número	<u>22</u>
Apto / Complemento	<u>00 C Lote 18</u>
Bairro	<u>Guaribas</u>
Cidade	<u>Maripiraca</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(82) 3522-5412 (82) 9999-3809</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maripiraca/AL 04/10/2013.

Assinatura do Declarante: Fabio Veras de Araújo



RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente: Fabio Veras de Araujo

Endereço : Rua Muniz Falcão. São Luiz. Arapiraca. AL

Número do Prontuário (ou Boletim de Emergência): 377115

Data da Entrada : 23-09-2013

Data da Saída: 23-09-2013


Paciente vítima de colisão entre carro e poste. Deu entrada nesta Unidade de Emergência com fratura de ossos próprios do nariz. O paciente foi avaliado pela bucomaxilofacial, medicado e orientado para cirurgia eletiva.

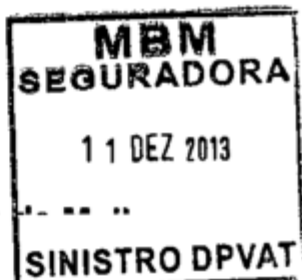
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040



Arapiraca, 14 de outubro de 2013


Dr. Maxuel Nogueira dos Santos
CRM 2082



Rodovia AL 220 - Km 05 s/n - Bairro Senador Azevedo

INS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA

No. DO REG: 3701/5

DATA: 27/09/2013

SETOR: 11 - SALA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: FASIO VERA DE APALTO

IDADE: 38 ANOS NASC: 09/09/1975

ENDEREÇO: RUA MILITAR FALCÃO

COMPLEMENTO:

MUNICIPIO: APAIRACA

NOME DA MÃE:

RESPONSÁVEL: SARA

LOCAL DE PROCEDIMENTO: APAIRACA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARRO OUTRO

CASO POLICIAL: NÃO

PLANO DE SAÚDE:

ACID. TRABALHO: NÃO

VETO DE AMBULANCIA: NÃO

SIM

PA: ☐

X

MAG: ☐PULSO: ☐

EXAMES COMPLEMENTARES:

☐ RAIOS X☐ PAINEL☐ LIGER☐ ECG

DADOS CLINICOS:

Paciente certum de acidente automotivo (carro/pete) nega dor no local da colisão. Supra, abdomen flácido. Sem alterações na pele. Refere sangramento nasal.

DIAGNOSTICO:

FISICA

Ao BMF.

Alto da cir. geral.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HOULYA vista do original apresentado,
AUTENTICO a presente cópia, na
forma do Art. 5º único do Decreto
Nº 83936/79.

Apiraca/AL, 07/10/2013

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

DATA DA SAÍDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIR☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ORITO: ☐ ATÉ 48HS ☐ APÓS 48HS

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



TS-DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Nº DO BE: 23109113

DATA: 09/09/13

DETER: 110 - SALA CURATIVO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: FABIO VESAS DE ARAUJO

IDADE: 38 ANOS

SEXO: M

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Código

Descrição

23109113
15:15h

BMF

Acidente automobilístico. Lesões em diversos membros superiores e inferiores com fratura de tíbia e fêmur.

CD: 1) Sutura Rx
2) Realização

23109113

BMF

Rx - fratura de OPA 4, imobilização pl.
tratamento eletivo.

CD: 1) Ateama



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HOULY
À vista do original apresentado,
AUTENTICO a presente cópia, na
forma do Art. 5º único do Decreto
Nº 83936/79.
Arapiraca/AL, 07/10/2013

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

MBM
SEGURADORA
11 DEZ 2013
SINISTRO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 215723961

PROIBIDO REAFIRMAR
 215723961

DETSON AL. ALAROSAS

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



MBM
SEGURADORA
 11 DEZ 2013
SINISTRO DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 007.555.824-62

Nome da Pessoa Física: FABIO VERAS DE ARAUJO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

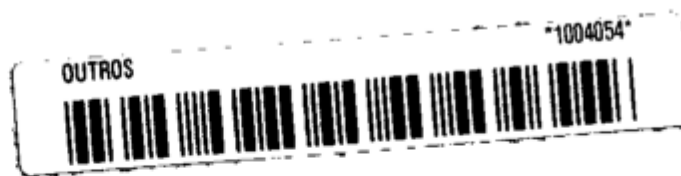
Comprovante emitido às: **14:43:35** do dia **07/10/2013** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A239.C561.C71B.F3A3**

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.





DECLARAÇÃO

Eu, Fábio Vêras de Araújo, brasileiro(a),
estado civil Casado, portador(a) do RG nº 1242615,
inscrito(a) no CPF sob nº 004.555.824-62, residente e domiciliado(a) à
R. Projetado, 22 BDC Lote 8 - Guaribas,
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 FITA 1 Delio, placa
MUR 9882 envolvido em acidente de trânsito no dia 23/09/2013, sem ser, no
entanto, proprietário(a) do mesmo. Sem mais.

Arapiraca, AL, 04 de Outubro de 2013.

Fábio Vêras de Araújo

Nome:

CPF:

