



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2016

Carta nº: 9090091

A/C: DARIO VESPA DA SILVA

Sinistro: 3160295084 ASL-0870690/16
Vitima: DARIO VESPA DA SILVA
Data Acidente: 02/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9424103

A/C: DARIO VESPA DA SILVA

Sinistro:	3160295084 ASL-0870690/16
Vitima:	DARIO VESPA DA SILVA
Data Acidente:	02/08/2015
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	BRENNA BEATRIZ DE SOUZA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, Daniela Varga da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 085.268.87 PS EXPEDIDO POR MTE EM 02/03/10 E

CPF 3.058.009.141-4 /CNPI PROFISSÃO Desenho

E RENDA MENSAL DE R\$ Desenho (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniela Varga da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32.521-8

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

União 21 de Dezembro de 2015
LOCAL E DATA

Daniela Varga da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.



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, Danie Versa da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 085268-CTPS EXPEDIDO POR MTF EM 09/03/10 E

CPF 103800914-14 /CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO Recun

E RENDA MENSAL DE R\$ Recun (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Danie Versa da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com impressão digitalizada / scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do documento com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32521-8

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

Uniao 12 de Abril de 2016 Danie Versa da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.

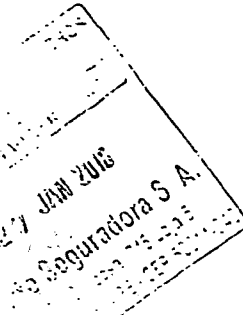
CAIXA ECONOMICA FEDERAL A470 #20 AUTO ATENDIMENTO 19/12/2015

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA ! EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0713 QUILOMBO DOS PALMARE OPER: 013 CONTA: 32.521-8
PERIODO: 18122015 ATE: 18122015 CPF: 105.800.914-14
NOME: DARIO VESPA DA SILVA VLR.BLQ.JUD.: 0,00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. 0,00
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. H4A06234
F12 FINALIZAR



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 18/12/2015

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0713 QUILOMBO DOS PALMARE OPER: 013 CONTA: 32.521-8
PERIODO: 18122015 ATE: 18122015 CPF: 105.800.914-14
NOME: DARIO VESPA DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	--------	-----------	---------	-----------	-----------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	0,00
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	H4A06234
			F12 FINALIZAR



252693

0840690116

Boletim de Ocorrência



0001

ESTADO DE ALAGOAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0

SECRETARIA

DELEGACIA: 11º DRP - União dos Palmares - DPJA

DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

FONE: 32812500

DATA/HORA COMUNICADO: 28/11/2015 09:30

POLICIA CIVIL

DELEGACIA DESTINO: 119º DP - Santana do Mundaú 11º DRP/DPJA3

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO: Outros

DATA/HORA: 02/09/2015 09:30

LOCAL DO FATO: SÍTIO ÁGUA FRIA Zona Rural Santana do Mundaú

DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA:

COR	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO
1 BRANCO 4 PARDO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO	1 BRAS. NATO	1 SEG. 4 QUI. 7 DOM.	1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
2 PRETO 5 AMARELO	2 CASADO 5 AMASIADO	2 BRAS. NATURALIZADO	2 TER. 5 SEX	2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 AMARELO 6 ALBINO	3 VIÚVO	3 ESTRANGEIRO	3 QUA. 6 SAB.	3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: DARIO VESPA DA SILVA	RG: 35305523	SSP-AL	CPF: 10580091414
FILIAÇÃO: SEVERINO VESPA DA SILVA	MARIA DE LOURDES DA SILVA		
PROFISSÃO: Vendedor	DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1992	IDADE: 22	COR: SEXO: M
UF: AL NATURALIDADE:	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2 TURISTA
ENDEREÇO: RUA JUVENAL MENDONÇA	Nº: S/N		
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: União dos Palmares	FONE:	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO			
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR		OCORRÊNCIA RELACIONADA A:	



0001

00000-013-0000

AUTOR: DESCONHECIDO


HISTORICO

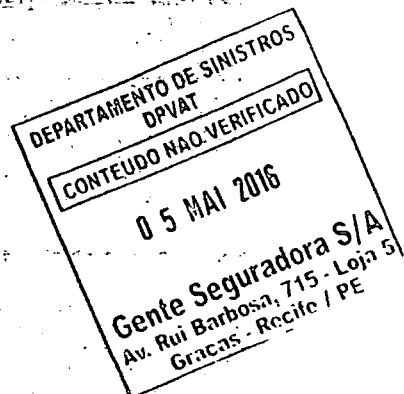
CIENTIFICADO DE QUE AS FALSAS DECLARAÇÕES PODEM OCASIONAR SANÇÕES PENAS;
 DIZ O NOTICIANTE QUE EM DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE ESTAVA EM UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS.
 ANO/MOD 2015/2015 COR BRANCA, PLACA ORD 3433, CHASSI 9C2KD0800FR025916 LICENCIADA EM NOME DE MARCELO JOSÉ DA
 SILVA; QUE SOFREU UMA FORTE QUEDA AO PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO EM UMA CURVA; QUE TINHA MUITA AREIA NA
 ENTRADA, VINDO A OCASIONAR O ACIDENTE; QUE DEVIDO A QUEDA QUE SOFREU, FOI LEVADO AO HGE EM MACEIO, SOP
 ATENDIMENTO N° 2327733.
 NADA MAIS DECLAROU.

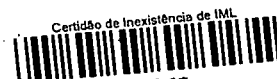
234558

NOTICIANTE:	ASS. Dario vespa da Silva
ELABORADO POR: Igor Jeferson Luis de Oliveira	ASS. RG / MAT.: 3009637
AUTORIDADE: IGOR DIEGO VILELA COSTA	ASS. RG / MAT.: 044-2
ESCRIVÃO AD-HOC: Igor Jeferson Luis de Oliveira	ASS. RG / MAT.: 3009637

Gracias F.

	ESTADO DE ALAGOAS	BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0300-J/15-0383	Pág.1 / 1
	SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	DELEGACIA: 11ª DRP - União dos Palmares - DPJA3 FONE: 32812500 DATA/HORA COMUNICADO: 28/11/2015 08:30 DELEGACIA DESTINO: 119º DP - Santana do Mundaú 11ª DRP/DPJA3			
FATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO			INSTRUMENTO: Outros	
	DATA/HORA: 02/09/2015 09:30		LOCAL DO FATO: SÍTIO ÁGUA FRIA Zona Rural Santana do Mundaú		
	DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA:				
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARAFA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NTO 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 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
NOME / RAZÃO SOCIAL: DARIO VESPA DA SILVA				RG: 3530552-3	SSP-AL
FILIAÇÃO: SEVERINO VESPA DA SILVA				MARIA DE LOURDES DA SILVA	
PROFISSÃO: Vendedor		DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1992		IDADE: 22	COR:
UF: AL	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA:
ENDEREÇO: RUA JUVENAL MENDONÇA					Nº S/N
BAIRRO: CENTRO		CIDADE: União dos Palmares		FONE:	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO					
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:		OCORRÊNCIA-RELAÇÃOADA A: Nº 0300-G/15-0008			
AUTOR: DESCONHECIDO					
HISTORICO	CIENTIFICADO DE QUE AS FALSAS DECLARAÇÕES PODEM OCASIONAR SANÇÕES PENASIS; DIZ O NOTICIANTE QUE EM DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE ESTAVA EM UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, ANO/MOD 2015/2015, COR BRANCA, PLACA ORD 3433, CHASSI 9C2KD0800FR025916 LICENCIADA EM NOME DE MARCELO JOSÉ DA SILVA, QUE SOFREU UMA FORTE QUEDA AO PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO EM UMA CURVA, QUE TINHA MUITA AREIA NA ENTRADA, VINDO A OCASIONAR O ACIDENTE, QUE DEVIDO A QUEDA QUE SOFREU, FOI LEVADO AO HGE EM MACEIÓ, SOB ATENDIMENTO Nº 2327733. NADA MAIS DECLAROU.				
NOTICIANTE:		ASS: <i>[Assinatura]</i>			
ELABORADO POR: Igor Jefferson Luis de Oliveira		ASS: <i>[Assinatura]</i>		RG / MAT.: 3009637	
AUTORIDADE: IGOR DIEGO VILELA COSTA		ASS: <i>[Assinatura]</i>		RG / MAT.: 044-2	
ESCRIVÃO AD-HOC: Igor Jefferson Luis de Oliveira		ASS: <i>[Assinatura]</i>		RG / MAT.: 3009637	





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Vespas da Silva portador da carteira de identidade nº 085268 CTPS e inscrito no CPF/MF sob o nº 909.800.934-34 residente e domiciliado na Rua Juvenal Mendonça S/N Centro Cidade União das Palmeiras Estado Piauí declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

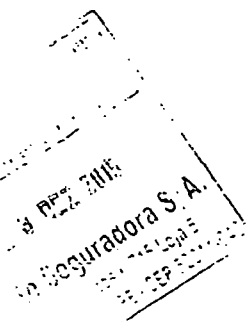
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Daniel Vespas da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



União das Palmeiras - 04-12-2015

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Dário Vespa da Silva, portador da carteira de identidade nº 085268 CTPS e inscrito no CPF/MF sob o nº 105.800.914-14 residente e domiciliado na Rua Juvenal Mendonça, s/n - Centro Cidade União dos Palmares Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Dário Vespa da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 MAI 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Grças - Recife / PE

União dos Palmares - 12-04-2016

Local e data

Ato Declaratório

HOSPITAL GERAL DO

ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO



Nº ATENDIMENTO: 2327733

DATA: 2/8/2015

HORA: 11:59:34

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: DARIO VESPA DA SILVA

SEXO: MASCULINO DATA NASCIMENTO:

IDADE: 22 ANOS

CPF:

MÃE:

RG:

RESPONSÁVEL: DAIANA VESPA

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: UNIAO DOS PALMARES/AL

BAIRRO:

LOGRADOURO: RUA JUVENAL MENDONÇA

OBSERVAÇÕES:

CONTAS MÉDICAS

TELEFONE:

01927553

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

FORMA DE CHEGADA: AMBULANCIA-

PROCEDÊNCIA: UNIAO DOS PALMARES

SETOR: ÁREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Queixa Principal: Acidente de trânsito de moto e presença de ferimento direto com fratura e edema. Negativa de alergias medicamentosas, náuseas e perda de consciência.

Exame Físico:

Exame Físico: PEE, consciente e ferido em tornozelo. A. Vias Aéreas sem obstrução. B. MV+ AHT S/R. C. Sem sinais de choque. D. Glesões IS, pupila esquerda e direita.

Exames Complementares:

RAIO-X

SANGUE

URINA

TC

LIQUOR

ECG

ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica

Enfermagem

- 01) Rx de perna direita AP e perfil.
- 02) As Cuidados da ortopedia.
- 03) Alta da cirurgia geral.

Certifico que a presente cópia
Confere com o original.
O referido é verdade. Dou fé.
Marcio ALA
Servidor

Mat. Nº



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Danie Virga da Silva

RG nº 085268705, data de expedição 09/03/10, Órgão MTE

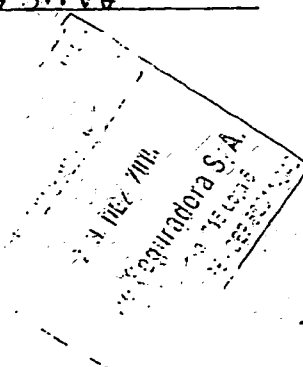
CPF nº 105.800.914-11, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Juvenal Mendonça</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>União dos Palmares</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>82.3283-5400 / 82.98336-2544</u>
E-mail	<u>uniao@josseques.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União dos Palmares - 04-12-2015

Assinatura do Declarante: Danie Virga da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dario Verpa da Silva,

RG nº 085268-CTPS, data de expedição 09/03/10, Órgão MTE

CPF nº 105.800.914-14, 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:

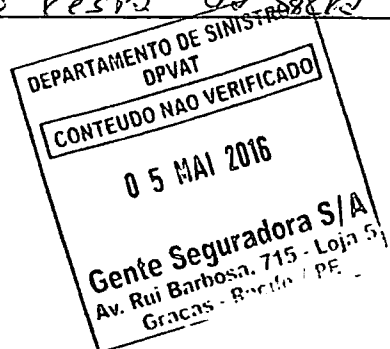
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Juvenal Mendonça</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>União dos Palmares</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>82.3283-5400/82-9.8336-2544</u>
E-mail	<u>uniao@fbsseguros.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União dos Palmares - 12-04-16

Assinatura do Declarante:

Dario Verpa da Silva





Eletrobras Distribuição Alagoas

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1355314-3

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP: 57057-000
MACEIÓ/AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-6
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
Nº/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA/SERVIÇO SÉRIE U Nº

Nº da Nota Fiscal 000864144

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2015	09/12/2015	106	80,32

MARIA DE LOURDES DA SILVA
R JUVENAL MENDONÇA S/N CENTRO

57.800-000 - UNIAO DOS PALMARES

ROT: 003.11.001.001481

FATURA		KWh	KVarh	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	1392			Classe/Subclasse	RESIDENCIAL
Anterior:	1286			Ligação	MONO
Constante de Multiplicação:	1,000			Número Medidor	E2227954
Consumo Medido:	106			Posto	S 1 47542
Consumo Faturado:	106		I-CAM	Código Pat	1.1.1
Forma de Faturamento:	NORMAL			Média 12 meses	89
	Fator de Potência				
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
HISTÓRICO KWh					
Mês/ano consumo					
OUT/15 108					
SET/15 98					
AGO/15 82					
JUL/15 98					
JUN/15 107					
MAI/15 105					
ABR/15 91					
MAR/15 88					
FEV/15 82					
JAN/15 75					
DEZ/14 84					
NOV/14 55					
DESCRICAÇÃO DA CONTA					
CONSUMO 106 kWh a R\$ 0,610391 = 64,70					
CONTRIB DE ILUMINACAO PUBLICA (COSIP) 15,62					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 4,77					
FECOE 0,23					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODERÁ SER
CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. SE
LIGUE 0800-082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 13 18-23 28

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 MAI 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Gracas - Recife / PE

RESERVADO AO FISCO 8803.15AF.7CAB.2CE7.D789.9D86.1FE3.891B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	15,15	Base de Cálculo	64,70
Energia	29,56	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	1,90	Valor do ICMS	10,99
Encargos	2,58	Valor do PIS	1,25%
Tributos	15,51	Valor do COFINS	5,75%
			3,72

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC				FIC			
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
10,87	21,74	43,49	8,12	16,24	32,48	5,88	
3,31			5,00			1,53	
SE UNIAO DOS PALM				Período de expurgo 09/2015			
				R\$ 21,89			

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1355314-3

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

Nº da Nota Fiscal 000864144

REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA
Nº/FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA/SERVIÇO SÉRIE U Nº

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2015	09/12/2015	106	80,32

MARIA DE LOURDES DA SILVA
R JUVENAL MENDONÇA S/N CENTRO

57.800-000 UNIAO DOS PALMARES

ROT: 003.11.001.001481

LEITURA	KWH	KVAPH	DATAS DA LEITURA
Atual:	1392		Atual: 25/11/2015
Anterior:	1286		Anterior: 20/10/2015
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 28/12/2015
Consumo Medido:	106		Emissão: 25/11/2015
Consumo Faturado:	106	ICAM	Apresentação: 25/11/2015

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Potência: Dias de Consumo: 36

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2227954	S 1	47542 1.1.1.1	89

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CRISTA	
Mês/ano consumo	106 kWh	0,610391	64,70
OUT/15	108	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSP)	15,62
SET/15	98	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	54,77
AGO/15	82	FECOEPE	0,21
JUL/15	98		
JUN/15	107		
MAI/15	105		
ABR/15	91		
MAR/15	88		
FEV/15	82		
JAN/15	75		
DEZ/14	84		
NOV/14	55		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 13 18 23 28

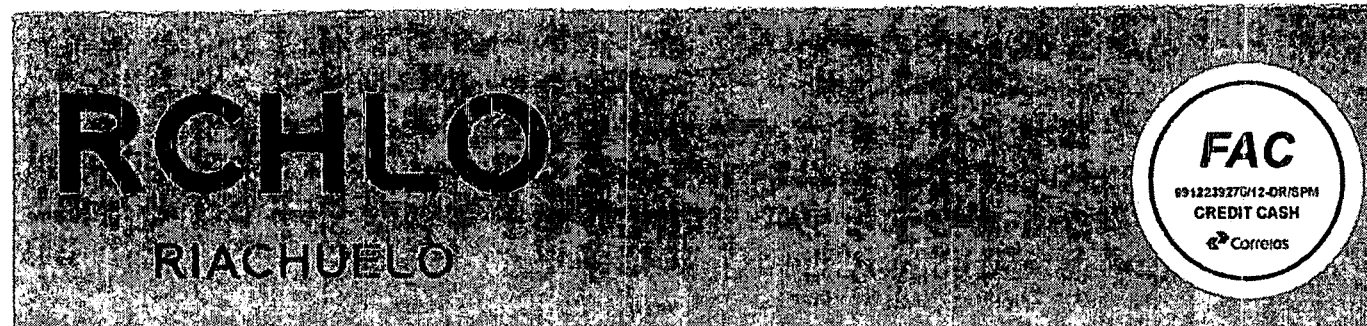
RESERVADO AO FISCO 8803.15AF.7CAB.2CE7.D789.9D86.1FE3.891B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 15,15	Base de Cálculo: 64,70
Energia: 29,56	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 1,90	Valor do ICMS: 10,99
Encargos: 2,58	Valor do PIS: 1,75%
Tributos: 15,51	Valor do COFINS: 5,75%

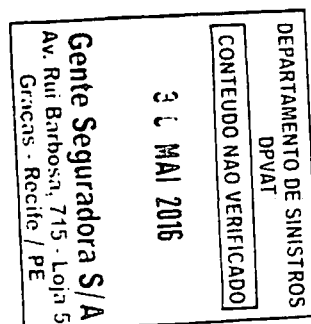
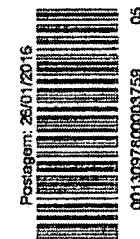
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Índice	10,87	21,74	43,49	8,12	16,24	32,48	5,88	
Realizado	3,31			5,00			1,53	

Conjunto SE UNIAO DOS PALM

Período de apuração: 09/2015 EUS: 21,89



CTC SANTO AMARO SPM PL57
BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA
R ANTONIO HONORATO DA SILVA 73
CENTRO
57800-000 UNIAO DOS PALMARES - AL





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

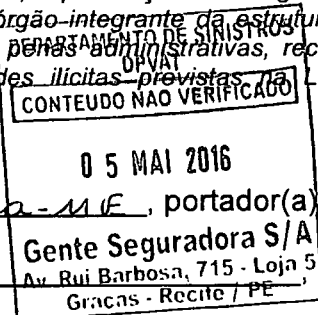
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de-seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Brenna Beatriz de Souza - ME, portador(a) do
RG nº _____, expedido por _____, em
____/____/____, CPF/CNPJ nº 15.433.925/0001-01



na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Danie
Vespa da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Danie Vespa da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Decorador Renda Mensal: R\$ Decorador

Documentos comprobatórios: Decorador

Brenna Beatriz de Souza
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcelo José da Silva Nunes

RG nº 32029969, data de expedição 1/1

Órgão SOS/AL, portador do CPF nº 085 139 154-08, com

domicílio na cidade de União dos Palmares no Estado de

Alagoas, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Travessa Juvenal Mendonça, nº 014,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era), de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Danie Vêpa da Silva, cujo o condutor era

Danie Vêpa da Silva

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NXR 160 BROS ESD

Ano: 2015/15

Placa: OR03433

Chassi: 9E2K00800FR025916

Data do Acidente: 02-03-2015

Local e Data: União dos Palmares - 03 de março de 2015

Marcelo José da Silva Nunes
Assinatura do Declarante

Danie Vêpa da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇOS NOTARIAIS
Bel. Carlos Eutônio Cardoso da Silva
OFCIAL

Tereza Luciana Ferreira Cardoso

PROTESTO -
R. Correia da Silva, 527 281, 1.º
União dos Palmares - Al.

de União dos Palmares

Em testº

U. dos Palmares

03 de 11 de 2015

Tereza Luciana Ferreira Cardoso

- Tabelião Substituta -

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

PROTESTO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, marcelio jose da Silva Nunes

RG nº 32029969, data de expedição / /

Órgão SOS/AL, portador do CPF nº 085.339.154-08, com

domicílio na cidade de União dos Palmares no Estado de

Alagoas, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Travessa Juvenal Mendonça, nº 011,

complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Dario Verpa da Silva, cujo o condutor era

Dario Verpa da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: honda nXR 160 BROS ESD

Ano: 2015/15

Placa: OR03433

Chassi: 9E2K00800FR025916

Data do Acidente: 02-08-2015

Local e Data: União dos Palmares - 03 de novembro de 2015

MARCELIO JOSE DA SILVA NUNES
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇOS NOTARIAIS E DE AVALIAÇÃO

OFICIAL

Regina Luciana Ferreira Cardoso

PROCURADORA

R. Cordeiro do Oliveira, 52 F. 281, 11º

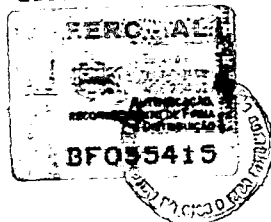
União dos Palmares - Alagoas

Em testº

U. dos Palmares 03 de 11 de 2015

Regina Luciana Ferreira Cardoso

- Tabelião Substituta -





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: Dario Vespa da Silva

D. N / IDADE: 25.10.1992

PRONTUÁRIO: 2327733

DATA DO ATENDIMENTO: 02.08.2015

HORA: 11h:59min

ALTA: 19.08.2015

CID: S. 82

DIAGNÓSTICO: ➤ Fratura de tornozelo

TRATAMENTO: ➤ Cirurgico

ACHADO:

- Fratura exposta de tornozelo com edema
- Relato de queda de moto
- Deformidade e limitação funcional do membro inferior direito
- Sangramento

CONDUTA:

- Avaliação da cirurgia geral e ortopedia
- Exames radiológicos e laboratoriais
- Redução cirúrgica da fratura com utilização de placa metálica - curativo
- Prescrição médica
- Orientação e cuidados médicos
- Medicado

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 22 de setembro de 2015





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: Dario Vespa da Silva

D. N / IDADE: 25.10.1992

PRONTUÁRIO: 2327733

DATA DO ATENDIMENTO: 02.08.2015

HORA: 11h:59min

ALTA: 19.08.2015

CID: S. 82

DIAGNÓSTICO: ➤ Fratura de tornozelo

TRATAMENTO: ➤ Cirurgico

ACHADO: ➤ Fratura exposta de tornozelo com edema
➤ Relato de queda de moto
➤ Deformidade e limitação funcional do membro inferior direito
➤ Sangramento

CONDUTA: ➤ Avaliação da cirurgia geral e ortopedia
➤ Exames radiológicos e laboratoriais
➤ Redução cirúrgica da fratura com utilização de placa metálica - curativo
➤ Prescrição médica
➤ Orientação e cuidados médicos
➤ Medicado

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 22 de setembro de 2015



Sist. Nervoso: lúcido () sonolento () confuso () comatoso () convulsões () otorragia ()

Glasgow: abertura ocular () resposta verbal () resposta motora () Total:

Pupilas: normal D () E () dilatada D () E () não reativa ()

[illegible]

PACIENTE TRANSFERIDO DO HGE:

DIAGNÓSTICO:

REGISTRO DE INTERNAÇÃO:

INTERNAÇÃO: (A ser preenchido em caso de permanência maior que 6 horas) DATA: 15/12 HORA: 15:11

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

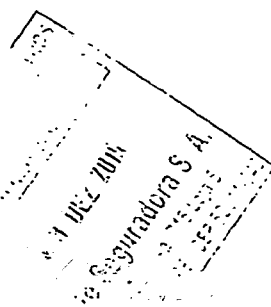
EVOLUÇÃO DA DOENÇA: () AGUDA () SUB-AGUDA () CRÔNICA () CRÔNICA-AGUDIZADA

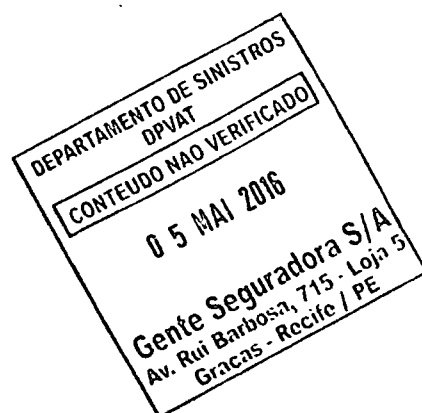
CONDIÇÃO DO PACIENTE: () CUIDADOS INTENSIVOS () INTERMEDIÁRIOS () ENFERMARIA

MÉDICO (Responsável pela internação)

ASSISTENTE SOCIAL (Responsável pela intervenção)

Maíra Rocha Franzosi
Assistente Social
CRESS 2519





obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores despesas.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "curiosos" e "concorrentes" para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se metida fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predisponha a acidentes pela desatenção.

Lêa e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos devidos lugares.

Parte à máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

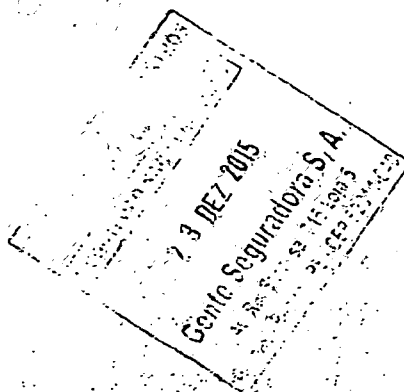
085268

Série

00027-A1



Dárcio Costa da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

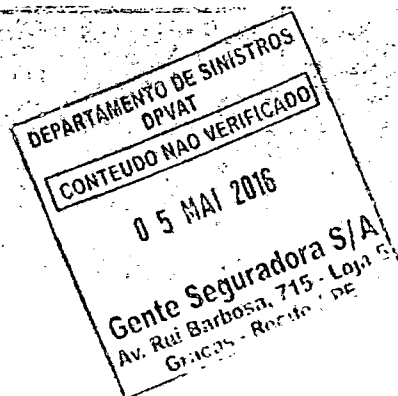
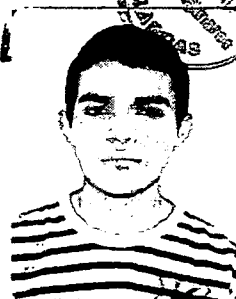
085268

Série

00027-A

D. Maria da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome CLARA MARIA DA SILVA Est. 1965 Data 20/12/1965
Loc. Nasç. 1965 Filiação CLARA MARIA DA SILVA
Doc. Nº 1965

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão SRTE
 Assinatura do Funerário
 1938

Assinatura do Fundador

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil.

Doc.

Est. Civil.

Doc.

Nascimento

Doc.

9

2 a May 2015
Sociedad S. A.

Nome: Wesley da Silva

Loc. Nasç. MILAGRO Est. RJ Data 25.12.1932
 Filiação. JOSE ANTONIO DA SILVA e MARIA DE
SAUZA DA SILVA
 Doc. Nº SP. 25039-2259-4. HC-3 al. 7m de 25.12.1933

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
Exp. em/...../..... Estado

Obs.: Estado
Data Emissão 02 03 2011 SRTE 01/01/2011
.....
.....

Assinatura do Funcionário

Enlistment: 0288

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
5 MAI 2016

05 MAI 2015

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa S
Grande Rio de Janeiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
	NOME
	BRENNA BEATRIZ DE SOUZA
	DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
	32588534 SEDS AL
	CPF
988.030.104-26	
DATA NASCIMENTO	
14/05/1992	
PLAÇÃO	
JOSE IRONALDO DE SOUSA	
MARIA ELISABETE DE SOU	
SA	
PERMISSÃO	
ACC	
ONE HAB.	
2	
Nº REGISTRO	
05937439230	
VALIDADE	
17/12/2017	
PRABEITAÇÃO	
22/11/2013	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 965923833

PROIBIDO PLASTIFICAR 965923833

REPUBLICA DO PORTADOR

LOCAL

MACRIO, ALAGOAS

DATA EMISSÃO

25/11/2014

Assinatura do Portador: Ana Paula Sacramento Martins Mendes

Assinatura do Emissor: Diretora-Presidente do Detran-Al

03134240168

AL015524345

DETRAN - ALAGOAS



0012

Autorização de pagamento

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

Nome: **ALEXANDRE HENRIQUE DE SOUSA**

IDENTIFICACAO: **32598534** SEDE: **AL**

CPF: **089.630.104-26** DATA DE NASCIMENTO: **14/08/1992**

PLACA: **JOSE IRONALDO DE SOUSA**

Nome do Titular: **MARIA ELISABETE DE SOUZA**

Endereço: **BRASIA**

CEP: **05314-000** CIDADE: **BRASIA** ESTADO: **DF**

DATA DE EMISSAO: **22/01/2014**

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

965923833

PROVIDO PLASTIFICAR

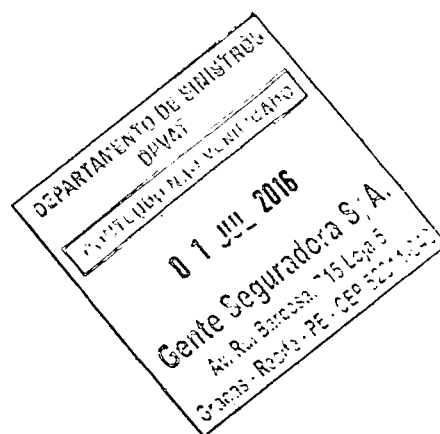
965923833

LOCAL: **RECETO, ALAGOAS** DATA DE EMISSAO: **28/11/2014**

Assinatura: **Antônio Carlos de Almeida**

Carimbo: **DETRAN - AL ALAGOAS**

033344240184
AL015924345





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

2 DETRAN - AL Nº 011658153710
0 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 VIA COD. RENAVAM INTRC EXERCÍCIO
5 01 0104863887 2015

0 NOME
3 NARCELIO JOSE DA SILVA NUNES

0 *****
0 *****
2 *****

3 CPF/CNPJ PLACA
1 08513915408 ORD3433

4 PLACA ANT./II CHASSI
0 NOVO AL 9C2KD0800FR025916

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESD 2015 2015

CAP./POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/162CC PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA PAGO 1ª *****
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
A 01 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
215.06 0.83 220.04 11/05/2015

00 OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
UNIAO DOS PALMARES - AL 11/05/2015
0193330 0193330

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 011658153710 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1201

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 11/05/2015
VIA CPF / CNPJ PLACA
01 08513915408 ORD3433

RENAVAM MARCA / MODELO
0104863887 HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2015 09 9C2KD0800FR025916

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
98.78 10.75 107.53

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.83 220.04

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 11/05/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

CONTINUA

160-2014

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 MAI 2016
Cente Segur
Barbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

2 DETRAN - AL Nº 011658153710
0 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
1 VIA CDD RENAVAM INTRC EXERCICIO
5 01 0104863887 2015
3 NOME
3 NARCELIO JOSE DA SILVA NUNES

1 CDD/CNPJ PLACA
1 08513915408 ORD3433
4 PLACA ANT/UF CHASSI
4 NOVO AL 9C2KD0800FR025916
1 ESP, CU (HY) COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC ALCO/GASOL
1 MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
1 HONDA/NXR160 BROS RSD 2015 2015
1 CAP/MOT/CH CIL COTIA COR PREDOMINANTE
1 2P/162CC PARTIO BRANCA
1 COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
1 IPVA PAGO 12 *****
1 TAXA IPVA 13 *****
1 01 14 *****
1 PREMIO (ANU ANO) (R\$) 15 OF (R\$) 16 PREMIO TOTAL (R\$) 17 DATA DE PAGAMENTO
1 215.06 0.83 220.04 11052015
1 00 18 OUSATIVACOES

SEM RESERVA DE DOMINIO
1 LOCAL DATA
1 UNIAO DOS PALMARES AL 11/05/2015
1 0193330 19 ANTONIO CARLOS GUINIA 0193330
1 191710 GUZMANT

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

AL Nº 011658153710 BILHETE DE SEGURO DPVAT
0 1 5
3 ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
3 FAÇA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
3 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
3
3 2 SAC DPVAT 0000 022 1204
3 3
3 1 4
3 0 EXERCICIO DATA EMISSAO
3 2015 11/05/2015

VIA CDD/CNPJ PLACA
01 08513915408 ORD3433
1 RENAVAM MARCA/MODELO
1 0104863887 HONDA/NXR160 BROS RSD
1 ANO FAB CIL COTIA NO CHASSI
1 2015 09 9C2KD0800FR025916
1 PREMIO TARIFARIO
1 FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
1 96.73 10 75 107.5
1 CUSTO DO BILHETE (R\$) 19 OF (R\$) 20 ATUAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
1 4.15 0.83 220
1 COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACAO
1 11052015

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoredider.com.br

ASD-2014



NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE XXXXXXXXXXXXXX		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial) XXXXXXXXXXXXXX	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo, sem abreviaturas) BRENNA BEATRIZ DE SOUZA			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL SOLTEIRO	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	REGIME DE BENS (se casado) XXXXXXXXXXXXXX		
FILHO DE (pai) JOSE IRONALDO DE SOUZA		(mãe) MARIA ELIZABETE DE SOUZA	
NASCIDO EM (data de nascimento) 14/09/1992	IDENTIDADE (número) 32588534	Órgão emissor SEDS	UF AL
CPF (número) 089.030.104-26			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação - somente no caso de menor) XXXXXXXXXXXXXX			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO - rua, av, etc) RUA ANTONIO HONORATO DA SILVA			NÚMERO 73
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 57.800-000	CÓDIGO DO MUNICÍPIO (Uso de Junta Comercial) 186
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES			UF AL
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário e requer à JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS			
CÓDIGO DO ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX
CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	CÓDIGO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX	DESCRIÇÃO DO EVENTO XXXXXXXXXXXXXX
NOME EMPRESARIAL BRENNA BEATRIZ DE SOUZA			
LOGRADOURO (rua, av, etc) RUA DR HERMANO SARMENTO PLECH			NÚMERO 20
COMPLEMENTO XXXXXXXXXXXXXX	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 57.800-000	CÓDIGO DO MUNICÍPIO (Uso de Junta Comercial) 186
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES	UF AL	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) raquel.alconta@hotmail.com
VALOR DO CAPITAL - R\$ 20.000,00	VALOR DO CAPITAL - (por extenso) VINTE MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (cnae) Atividade Principal 8219999 Atividade secundária XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS ESPECIALIZADOS DE APOIOS ADMINISTRATIVOS E DE SEGURO DPVAT ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE (CONSULTORIA) XXXXXXXXXXXXXX		
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES XXXXXXXXXXXXXX	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ XXXXXXXXXXXXXX	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE ANTERIOR XXXXXXXXXXXXXX	UF XX
USO DA JUNTA COMERCIAL DEPENDENTE DE AUTORIZAÇÃO GOVERNAMENTAL: <input type="checkbox"/> 1-sim <input checked="" type="checkbox"/> 3-não			
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/gerente) Brenna Beatriz de Souza			
DATA DA ASSINATURA 16/04/2012			
ASSINATURA DO EMPRESÁRIO Brenna Beatriz de Souza			

PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL

DEFERIDO.
PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE

AUTENTICAÇÃO

Anne Rose Passos
Assessoria Técnica - JUCEAL
16/04/2012



AL1201203380285

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS

Certifico o Registro em: 18/04/2012 Sob Nº 27101312574

Protocolo 12/013636-8 de 17/04/2012 com NIRE 27101312574

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA

Chancela: E763-119B-A884-ADDB-60CC-CDBD-9590-FC2B-7222-391D

Maceió, 18/04/2012


ALBERTO BARROS



Cartidão

Eu, Dario Vespa da Silva, portador do RG nº 3530552-3 SSP-AL, inscrito no CPF sob nº 005.800.914-14. Residente na Rua Juvenal Mendonça, S/n, Centro, União dos Palmares - Alagoas. Venho Através desta, certificar que em relação ao sinistro 3151060836 cujo processo passou por auditoria pela própria seguradora onde o mesmo foi negado por divergência na documentação, e de laros ainda que estou a disposição da seguradora voltar para nova auditoria, e também solicito que seja reaberto um novo pedido de indenização e que também esteja a disposição para realização de pericia medica para confirmação de minhas sequelas.

União dos Palmares - 12 de Abril de 2016



Dario Vespa da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 MAI 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Gracas - Recife / PE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) Dario Vespa da Silva

Em Teste [assinatura] da verdade

12 ABR. 2016

☐ Oficial Bel. Célio Barboza Duarte
☐ Substituta Ana Maria Barbosa Duarte
☒ Substituta Carla Braz dos Santos

ALCO COM
ELO DE AUTENTICIDADE

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE

Legisla. e Trib. e Doc. e Reg. e
Av. Mons. Clóvis Duarte do Barros, 589
Centro - União dos Palmares - AL - CEP
57.800-000 - Fone: (62) 3281-2008

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 15.433.925/0001-01 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
		DATA DE ABERTURA 18/04/2012	
NOME EMPRESARIAL BRENNA BEATRIZ DE SOUZA - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) J B S SEGUROS			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R DR HERMANO SARMENTO PLECH		NÚMERO 20	COMPLEMENTO
CEP 57.800-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO UNIAO DOS PALMARES	UF AL
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE (82) 9951-9791	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 18/04/2012	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 MAI 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 51
Bicas - Recife / PE

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia **12/04/2016** às **14:12:19** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Consulta QSA / Capital Social

Voltar

LOCAL -
BULO JARDIN - PR
DOL BRUGIA
19/04/2013

AGRICULTURA DO BRASIL
71052368300

61235675748
78052168106

ОДЕЛЪ НА РЕПЕРНА И БУЛОИ

NAME **MARCELO JOSE DA SILVA FORTES**

DOC. IDENTIFIC. ORG. PERSON /
32039869 B008 AL

065.139.184-08 28/08/1988

VALDEQUEIRO JOSE DA

MARIA RODRIGUES DA SILVA

PERUCCIO - ACC - CIV. RUA.

№ РЕГИСТРАЦИИ: 08024820552
ИЗДАНО: 07/08/2018
№ ВВЕДЕНИЯ: 08/09/2010

OBSERVATIONS **REPORT ON ACTIVITIES**

জাৰ্জিয়া দেশৰ গৱেষণা কেন্দ্ৰ

ASSINATURA DO PROMOTOR

DATA BROWSE 19/04/2013

6223675748

STANLEY STEEL PIPING AND FABRICATION

100

10

1

11/11/2011
Procuradora S. A.
CEP 55011-0-5

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
754739307



Nome
VALQUIRINO JOSÉ DA SILVA

Doc. Identific./Em. Exatidão/UF
3202959 RJ RJ

CPF
085.139.184-01 28/09/1988

Alcance
VALQUIRINO JOSÉ DA SILVA
MARIA ROSE DA SILVA

Presença
PC ☒ AL ☐

1ª Emissão
08024820353 07/08/2018 07/09/2010

Observações
Exatidão Ativa Registrada

Assinatura do Titular
Assinatura do Titular

Local
RUA JARDIM - RJ DATA EMISSÃO
19/04/2013

Assinatura do Titular
58255675945 28024820353

PROIBIDO PLASTIFICAR
754739307

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 MAI 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5
Guicães - Recife / PE

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Danie Versa da Silva

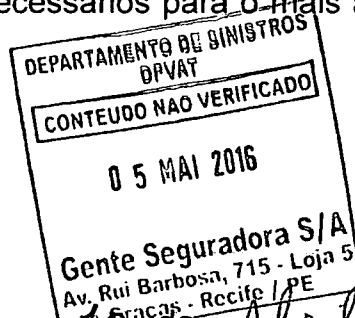
Brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Vendedora
residente e domiciliado à Rua Jaime da Menezes
Nº 514, Bairro Centro, Município de União dos Palmares
estado de Alagoas, CEP 57.800-000 portador (a) do RG Nº
085268 ET PS e CPF Nº 105.800.914-14.

OUTORGADO: **BRENNA BEATRIZ DE SOUZA - ME, CNPJ 15.433.925/0001-01**, localizada na Rua Dr. Hermano Sarmiento Plech, 20, Centro – União dos Palmares – AL.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o(a) Sr(a) Danie Versa da Silva

_____, ocorrido em 02/03/2015
conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declaração de endereço, assinar autorização de pagamento/ credito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



União dos Palmares, 02 de Abril de 2016



Danie Versa da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº _____

