

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: 20/07/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXSUELLANDRO FLORIANO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00810

CONTA: 000000012094-0

Nr. da Autenticação 450472E91666DB09



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO 0012/319676EU, Maxuelandro Floriano dos Santos
 PORTADOR (A) DO RG Nº 3132313-8 EXPEDIDO POR SSPIAL EM (DATA) 23/11/2010 E CPF 074615024-50 CNPJ — PROFISSÃO RECURSO-SE E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO-SE

 QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAXUELANDRO FLORIANO DOS SANTOS. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:
1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)Nº BANCO — Nº AGÊNCIA — C/C —2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA — C/P —3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 001 Nº AGÊNCIA — C/P —4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÍNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA — C/P —5. ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0810 C/P 00012094-0

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

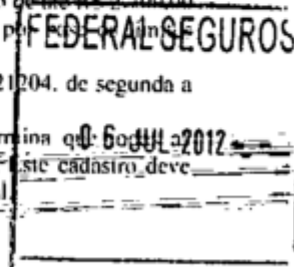
LOCAL: Moçoio DATA 22/05/2012ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A): Maxuelandro Floriano dos Santos

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.194/74 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base as tabelas definidas pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

 - Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 08 às 20 hs.

- A Circular Susep nº380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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.



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0015538 PAD VALE VERDE 12/05/2012
CAIXA 15:17:06
*****5106

Saldo N. 93020001-8163

AGENCIA : 0810 - BARAO DE JARAGUA - AL
CONTA : 013 00012094-0
CLIENTE : MAXSUELLANDRO F DOS SANTO

SALDO ATE A DATA DE:	12/05/2012
DISPONIVEL.....	0,59
BLOQUEADO.....	0,00
TOTAL.....	0,59

Havendo necessidade de atendimento,
entre em contato com o Disk24Horas,
tendo sempre em mãos o número de
seu cartão.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

FEDERAL SEGUROS

06 JUL 2012



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA

DE ESTADO DE DEFESA

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

ERO: 0032-A/12-0623

Pág. 1 / 1



Instituto - DAOT

COMUNICADO: 01/06/2012 08:58

DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Crimes de Trânsito - DAOT

FATO	MATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO		INSTRUMENTO: Outros		
	DATA/HORA: 17/04/2012 05:00		LOCAL DO FATO: AVENIDA DIOQUE ESTRADA, Vergel do Lago, Maceió		
DIA DA SEMANA: 2 PONTO DE REFERÊNCIA: CAMPO DE FUTEBOL DO CLUBE COSMO					
COR		ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO
1 BRANCO 4 FARDADO 2 PRETO 5 BARBA 3 AMARELO 6 ALBINO		1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 ANULADO 3 VIUVO	1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	1 SEG. AQUI 7 DOM 2 TER. 5 EXE 3 QUA. 6 SAB	1 ANALETABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL
NOME / RAZÃO SOCIAL: MAXSUELLANDRO FLORIANO DOS SANTOS		RG: 31323138		SSP-AL	CPF:
FILIAÇÃO: Wilton Floriano dos Santos Filho		Sebastiana Honorio dos Santos			
PROFISSÃO: Estudante		DATA DE NASCIMENTO: 13/08/1990		IDADE: 21	CCR: 4
UF: AL NATURALIDADE: Maceió - AL		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2
ENDEREÇO: Travessa Bom Sucesso		Cidade: Maceió		TURISTA: Nº 05	
Bairro: Vergel do Lago		Cidade: Maceió		Fone:	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO					
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR: OCORRENCIA RELACIONADA A: Nº 0051-A/GS-3188					

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO	VEICULO: INSTRUMENTO		PLACA: SSS7777	CHASSI: LX1XGBL03B0255545
	MARCA/MODELO: SHINERAY PHOENIX SOCC		CCR: PRETA	ANO FABRICAÇÃO: 2011 ANO MODELO: 2011

ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA O SENHOR MAXSUELLANDRO INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO: RELATA QUE AO ATRAVESSAR A AVENIDA COM O VEICULO (MOTOCICLETA SHINERAY) UM OUTRO VEICULO (AUTOMOVEL DE PLACA BGD4188) COLIDIU COM O MESMO.



NOTICIANTE:	ASS: <i>Maxsuellandro Floriano dos Santos</i>
ELABORADO POR: José Alirio dos Santos	ASS: RG / MAT.: 3014550
AUTORIDADE: Fernando Tenório da Magalhães Oliveira	ASS: RG / MAT.: 229551
ESCRIVÃO AD-HOC: José Alirio dos Santos	ASS: RG / MAT.: 3014550

FEDERAL SEGUROS

06 JUL 2012

DECLARAÇÃO DE AUSÊN

CERTIDÃO DE INEXISTENCIA DE IML



Eu, Maxuelandro Floriano dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3132313-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.615.024-50, residente e domiciliado na R. Bern Succoso, S. Vergel do Lago, Cidade Maceio, Estado AL, 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
- (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 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.

Maxuelandro Floriano dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maceio, 29 de maio de 2012.

Local e data



DECLARAÇÃO

Eu, Marcuelandro Floriano dos Santos
Declaro que resido à Rua TR Bom Sucesso
Nº 5, Aptº _____, Bairro Vergel do Lago
no município de Maceió, estado de Alagoas.
CEP 57.015-245

FONES (84) 3206-5335 / (84) 9106-7953

Declaro também que não possuo comprovante de endereço e que o presente
atende a Circular DPVAT-SIN-043/2005 de 08 de agosto de 2005.

CEDENTE: Marcuelandro Floriano dos Santos

C.I. _____

CPF _____

CNH _____

Maceió, 29 de maio de 2012

FEDERAL SEGUROS

06 JUL 2012