

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** GESSICA CORREIA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3180445488  
**Vitima:** GESSICA CORREIA SILVA  
**Data do Acidente:** 31/05/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** INACIO BRUNO SARMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445488**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Carta nº 13479971

A/C: GESSICA CORREIA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180445488 ASL-0350796/18  
**Vitima:** GESSICA CORREIA SILVA  
**Data Acidente:** 31/05/2018  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	07346284470	Gessica Correia SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gessica Correia Silva	07346284470	vendedora
Endereço	Número	Complemento
Av. Mal. Flávio Peixoto	1315	A
Bairro	Cidade	Estado
Centenário	Centenário	CEP
Email	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	
maeisbruno.adv@gmail.com	2018	2018

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA NRO. 0737 D/V _____ CONTA NRO. 96263 D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

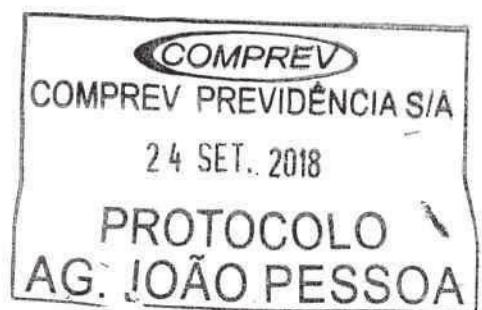
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Gessica Correia \_\_\_\_\_  
 Local e Data

Gessica Correia Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00262.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência:** 31/05/2018

**Hora:** 18:01:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** No Campo de Futebol Ao Lado do Amigão, Santa Rosa, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Perto do Meninão

**PARTE(S)**

<b>VITIMA</b>	<b>Nome:</b> Géssica Correia Silva
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Rosa Correia Silva e Antonio Severino da Silva
	<b>Idade:</b> 28 <b>Data de Nascimento:</b> 28/01/1990 <b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)
	<b>Escolaridade:</b> Ensino superior incompleto <b>Profissão:</b> Estudante Universitária
	<b>Cargo:</b> Não informado <b>Matrícula:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 073.462.844-70
<b>TESTEMUNHA</b>	<b>Endereço:</b> Avenida Floriano Peixoto, 1315, Centenário, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Ponto de referência:</b> Perto do Meninão
	<b>Telefone:</b> (83) 98766-8011
	<b>Nome:</b> Maria Irisleide da Silva Abreu
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Espedita da Silva Abreu e Francisco Abreu de Albuquerque
	<b>Idade:</b> 40 <b>Data de Nascimento:</b> 20/12/1977 <b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande



TESTEMUNHA

**Nome:** Maria da Conceição Barros de Melo  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Maria do José Barros de Melo e Leonel José de Melo  
**Idade:** 50                    **Data de Nascimento:** 15/12/1967            **Identidade de Gênero:** masculino  
**Nacionalidade:** brasileira                    **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** casado(a)  
**Escolaridade:** Não informado                    **Profissão:** Cebeleireira  
**Cargo:** Não informado                    **Matrícula:** Não informado  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 134.160.128-52  
**Endereço:** Rua Floriano Peixoto, Centenário, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Ponto de referência:** Perto da Bege Farma  
**Telefone:** (83) 98615-4968

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**(1) Moto**, marca Honda, modelo CG 125 FAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2012, placa MOP-6261, chassi 9C2JC4810CR004984, renavam 0042072315-3

#### **DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS**

## HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 125 KS, Ano/Modelo 2011/2012, cor preta, Placa MOP-6261-PB, Chassi de Nº 9C2JC4810CR004984, licenciada em nome de Aleff Dayan Ferreira da Rocha, quando trafegava no Campo de Futebol, bairro Santa Rosa, momento em que a moto derapou, num terreno existente no local, tendo a vítima caído ao solo e sofreu fratura do Platô tibial medial esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, mas depois foi transferida para o Hospital Antonio Targino, nesta cidade, onde foi feita a cirurgia. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

**Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.**



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 15 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

*Severino Carvalho Lopes*  
GÉSSICA CORREIA SILVA  
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00262.01.2018.2.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Gessica Rosane Salva*

CPF da Vítima

*073 462 89470*

Data do Acidente

*31/10/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

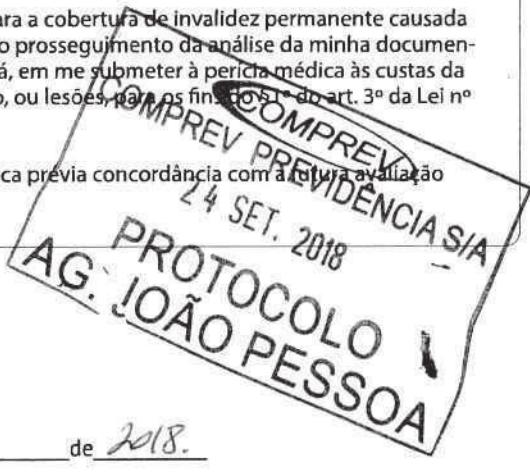
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



*Gessica Rosane Salva*  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445488  
**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA

**Cidade:** Campina Grande  
**Data do acidente:** 31/05/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445488      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA      **Data do acidente:** 31/05/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

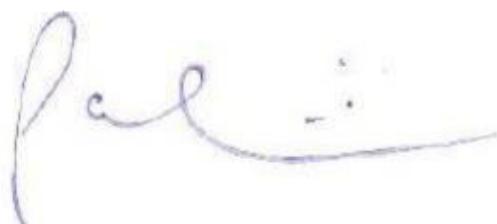
**Grupo:** EQ3

**Nome:** Paula Dias Carneiro

**CRM:** 52730980

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445488  
**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA

**Cidade:** Campina Grande  
**Data do acidente:** 31/05/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Géssica Lourdes Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Vendedora
IDENTIDADE:	3333 320.
ENDEREÇO:	Avenida Floriano Peixoto 1315 Centro

## OUTORGADO

NOME:	Maísa Brum Fermento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Advogada
IDENTIDADE:	2131933 CPF: 0367818/406
ENDEREÇO:	Rua Diamantina Correia, 1020, ap 02 - C. Gramacho

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande 36/08/2018

LOCAL E DATA

Géssica Lourdes Silva.



SELO DIGITAL: AHJ51887 - HMXX  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

ASSINATURA DO OUTORGANTE



**L** Serviço Notarial  
8º Cartório

**RECONHECIMENTO**  
Reconheço a(s) firma (s) de *Silva*  
como:  Autêntica  Semelhante  
Dou fé, Campina Grande - PB.  
16 AGO. 2018

8º Ofício de Notas - Serviço Notarial  
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58000-087  
Fone: (83) 3341.6086 - E-mail: carorio8cge@hotmail.com.br  
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE

RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350796/18

**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA

**CPF:** 073.462.844-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/05/2018

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Titular do CPF:** GESSICA CORREIA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### GESSICA CORREIA SILVA : 073.462.844-70

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018  
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO  
CPF: 036.781.814-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCELA DO CARMO DE LIMA



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  
3180445488.

CPF da Vítima  
07346284470

Nome completo da vítima  
Gessica Correa Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gessica Correa Silva	CPF titular da conta 07346284470	Profissão Vendedora
Endereço AV. Mal. Elenor Pernato	Número 1315	Complemento P
Bairro Centenário	Cidade Campina Grande	Estado PB
Email jnacio.brum.silva@gmail.com	CEP 58428 111	Telefone (DDD) 83 33341289

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

#### CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0737

D/V

CONTA

NRO.

96263

D/V

4

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grandes, 17 de Outubro de 2018.

Local e Data

Gessica Correa Silva.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal