

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** 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

Carta nº 13421962



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.

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

07346284470

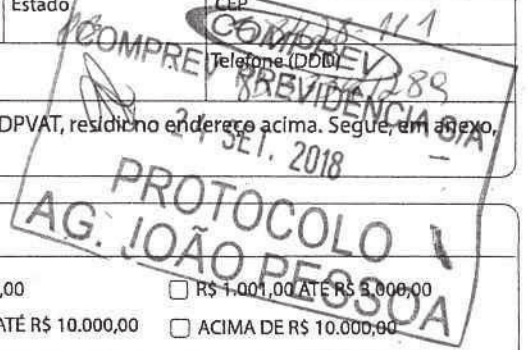
Nome completo da vítima

Geissico Correia Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Geissico Correia Silva		CPF titular da conta 07346284470	Profissão vendedor
Endereço Av. Mal. Floriano Peixoto		Número 1915	Complemento A
Bairro Centenário	Cidade Campina Grande	Estado PB	CEP 57011-111
Email maeibrunoadv@gmail.com		Telefone (DDD) 3111-2889	

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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

(Informar dígito se existir)

(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. Grande, 22 de Agosto de 2018

Local e Data

Geissico 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)

VITIMA

Nome: Géssica Correia Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Rosa Correia Silva e Antonio Severino da Silva

Idade: 28

Data de Nascimento: 28/01/1990

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino superior
incompleto

Profissão: Estudante Universitária

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.462.844-70

Endereço: Avenida Floriano Peixoto, 1315, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Meninão

Telefone: (83) 98766-8011

TESTEMUNHA

Nome: Maria Irisleide da Silva Abreu

Conhecido por: Não informado

Filiação: Espedita da Silva Abreu e Francisco Abreu de Albuquerque

Idade: 40

Data de Nascimento: 20/12/1977

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Manicure

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 009.057.724-82

Endereço: Rua Inácia Maia, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Farmácia Bege Farma

Telefone: (83) 98805-3482





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 Florianeo Peixoto, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Bege Farma
Telefone: (83) 98615-4968

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(I) **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

Gessica Correia Silva
GÉSSICA CORREIA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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

Geórgia Cordeiro Silva

CPF da Vítima

073 462 89470

Data do Acidente

31/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

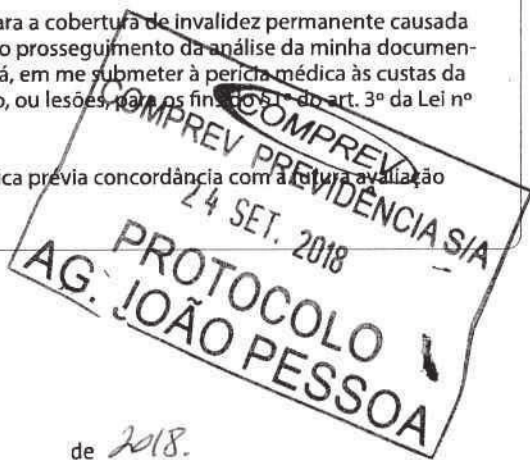
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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 perícia ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



P. Grande, 24 de *Agosto* de 2018.
Local e Data

Geórgia Cordeiro Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Gessica Correia Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Vendedora
IDENTIDADE:	3333 120.
ENDEREÇO:	Av. Floriano Peixoto 1315 Centenário

OUTORGADO

NOME:	Inacio Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	2131933 CPF: 03678181406
ENDEREÇO:	Rua Dinameneo Correo, 1020, Lapa - C. Grande

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 16/08/2018

LOCAL E DATA

x Gessica Correia Silva.

SELO DIGITAL: AH557887 - HMXX
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

ASSINATURA DO OUTORGANTE



8º Office de Notas - Serviço Notarial
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 53020-017
Fone: (83) 3341.6085 - E-mail: cartorio8cgde@hotmail.com
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Gessica Correia Silva
como: ☒ Autêntica ☐ Semelhante
Dou fé, Campina Grande - PB, 16 AGO. 2018

Tabelião/Escrevente/Auxiliar



RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

COMPREV
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

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/05/2018

CPF de: Próprio

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 médico-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 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

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA

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

3180445438.

CPF da Vítima

07346284470

Nome completo da vítima

Genicio Correia Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Genicio Correia Silva		CPF titular da conta 07346284470	Profissão Vendedor
Endereço Av. Mal. Faleiros Pereira		Número 1315	Complemento A
Bairro Candelário	Cidade Comodoro Gordo	Estado PB	CEP 58428111
Email inacio.brumsell@gmail.com			Telefone (DDD) 8333341289

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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)

(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. Gordo, 17 de Outubro de 2018.

Local e Data

Genicio Correia Silva.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

