

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 ~~ativa, desbloqueada, 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").

AQUOR CORRETORA
27 DEZ 2017

Número do Sinistro ou ASL

ASL - 0495427117

CPF da Vítima

011.893.203-98

Nome completo da vítima

José Vanderlei do Nascimento Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
josé Vanderlei do Nascimento Silva	011.893.203-98	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Povoado Camurum	01	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Estreito da Caponga	Floripa	SC
Email	CEP	Telefone (DDD)
veridionnuberlindo@outlook.com	62.850.000	(48) 9.8900-4595

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\$ 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"/> 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

1958

B/N

CONTA

8256

B/N

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

AGÊNCIA

1958

B/N

CONTA

8256

B/N

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

1958

B/N

CONTA

8256

B/N

(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.

Fortaleza, 26 de dezembro de 2017

Local e Data

Autorização de pagamento

X José Vanderlei do Nascimento Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IRACEMA
DATA: 26/12/2017 HORA: 11:19:51
TERMINAL: 003111580220 CONTROLE: 003111580220

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 1469 / CONJUNTO CEARA
CONTA : 003.00.002.127-8
NOME : VIC SEGUROS E SERVICOS LTDA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 1958 / CASCABEL
CONTA : 013.00.008.256-6
NOME : JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SIL

VALOR : 

DATA DE EFETIVAÇÃO : 26/12/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

