

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:**

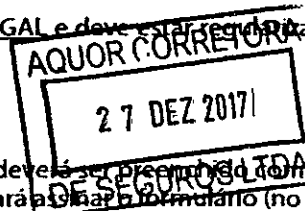
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar 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

ASL - 0495427117

CPF da Vítima

011. 893. 203 - 98

Nome completo da vítima

Joze Vanderlei do Nascimento Silva

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

Nome completo Joze Vanderlei do Nascimento Silva		CPF titular da conta 011.893.203-98	Profissão Autônomo
Endereço Povoado Cumurim		Número 01	Complemento Casa
Bairro Entrada da Lavoura	Cidade Lusavele	Estado Pernambuco	CEP 62.850-000
Email reidianobernardo@hotmail.com		Telefone (DDD) (85) 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**

- ☒ 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
 ☐ 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO \_\_\_\_\_ BV \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO \_\_\_\_\_ BV \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO 1958 BV \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO 8256 BV 6  
(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 Joze 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: 00311158

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 / CASCAVEL

CONTA : 013.00.008.256-6

NOME : JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SIL

VALOR :

~~12.000,00~~

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](http://www.caixa.gov.br)

