

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: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WAEMLA DO NASCIMENTO ANCHIETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000075624-4

Nr. da Autenticação D61E7D96C064A052

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180189215 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WAELMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ANCHIETA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo medial à esquerda. Ferimento extenso na região lateral do joelho esquerdo com perda de substância

Descrição do exame Ao exame, vitima apresenta edema severo (+++/++++) na perna esquerda. Limitação leve dos movimentos do **médico pericial:** tornozelo esquerdos e limitação severa dos movimentos do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de 2 parafusos no maléolo medial e LMC em lesão do joelho. Evoluiu com infecção. Realizado mais duas LMC. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra

CRM do médico: 3909

UF do CRM do médico: PI

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180189215**

Nome do(a) Examinado(a): **WAELMA DO NASCIMENTO ANCHIETA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R HENRIQUE DIAS, 332 - vermelho - Luzilândia - PI - CEP 64160000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3134932**

Data e local do acidente: [**28/10/2017**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**23/08/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do maléolo medial à esquerda. Ferimento extenso na região lateral do joelho esquerdo com perda de substância.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta edema severo (+++/+++) na perna esquerda. Limitação leve dos movimentos do tornozelo esquerdos e limitação severa dos movimentos do joelho esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de 2 parafusos no maléolo medial e LMC em lesão do joelho. Evoluiu com infecção. Realizado mais duas LMC. Alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tertuliano de Sousa Santana Neto
RG nº 1445438, data de expedição 20/10/1993

Órgão SSP, portador do CPF nº 742 384 853 00, com
domicílio na cidade de Lagoa Alegre no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Pelucado Rua do Cruzamento
nº 5m, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Wailma do Nascimento Anchista
cujo o condutor era Tertuliano de Sousa Santana Neto.

Veículo: moto

Modelo: Honda NX R J50 Bros ES

Ano: 2008

Placa: NIU 3530

Chassi: 9C2KDO3308R08 7640

Data do Acidente: 28/10/2017

Local e Data: Teresina, 11/06/2018



Tertuliano de Sousa Santana Neto

Assinatura do Declarante

Wailma do Nascimento Anchista

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro)



CARTÓRIO
DJALMÁ VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-PI - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6885

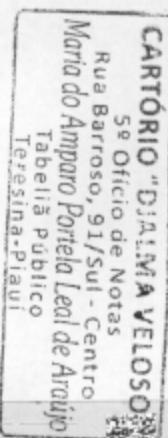
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: TERTULIANO DE SOUSA
SANTANA NETO. DOU FE. EM TEST. Wailma DA VERDADE.
TERESINA-PI, 11/06/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70
Selo: ABC-8937 (F410P79) Wailma

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabelião Substituta

RECEBIDO

10 JUL. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004848/2017-22

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 28/11/2017 - 11:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, N°:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

TROCA-TROCA

Data/Hora

28/10/2017 - 13:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALDINAR ANDRADE DE ANCHIETA

RG: 10850880 PI

Mãe: JOANA ANDRADE DA SILVA ANCHIETA

Endereço: RUA MAJOR INACIO ALMEIDA, Nº 4376

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notíciante

Nome: WAEMLA DO NASCIMENTO ANCHIETA

RG: 3134932 PI

Mãe: JOELMA VIEIRA DO NASCIMENTO

Pai: VALDINAR ANDRADE DE ANCHIETA

Endereço: RUA MAJOR INACIO ALMEIDA, Nº 4376

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

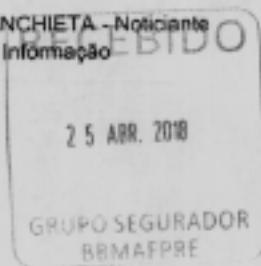
RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE, PAI DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA NIU-3530-PI, COR PRETA, RENAVAM 00117594164, PROP. E CONDUTOR TERTULIANO DE SOUSA SANTANA NETO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE/SUL, QUANDO A MOTO ESTAVA PARADA NO SEMÁFORO, SOFREU UMA COLISÃO NA TRASEIRA POR UM ÔNIBUS DA EMPRESA CIDADE VERDE, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 458176). DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSP. SANTA MARIA. (PRONT. 362.131). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Valdinar Andrade de Anchieta T9
VALDINAR ANDRADE DE ANCHIETA - Noticiante

Responsável pela Informação



Delegado de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO



TERMO DE DECLARAÇÕES E REPRESENTAÇÃO QUÉ PRESTA A SRA.
Waelma do Nascimento Anchieta, NA FORMA ABAIXO:

Aos vinte e três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito, nesta Cidade de Teresina, Capital do Estado do Piauí, onde presente encontrava-se a Delegada Titular da Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT e comigo escrivão do seu cargo ao final assinado. Ai se faz presente a Sra. **Waelma do Nascimento Anchieta**, brasileiro, natural de Teresina/PI, Casada, Autônoma, RG nº 3134932-SSP/PI, filha de Joelma Vieira do Nascimento e Valdinar Andrade de Anchieta, telefone 86 99422-9732, residente e domiciliada à Rua Major Inácio Almeida, 4376 - bairro São Joaquim, Nesta Capital. Inquirida pela autoridade policial a respeito dos fatos que deram origem ao presente procedimento policial **DECLAROU QUE**, no dia 28/10/2017, por volta das 13h00min, era passageira da motocicleta de placa NIU-3530/PI, conduzia pelo seu tio TERTULIANO DE SOUSA, deslocando pela Avenida Maranhão, sentido Norte/Sul e ao atingir o semáforo, próximo ao troca-troca, pararam e, então, foram colididos na traseira pelo ônibus de placas PIF-1049, da Empresa Cidade Verde, que seguia na mesma pista e sentido; QUE, após a colisão foi socorrida pelo SAMU para o HUT; QUE, fez exame no IML local; QUE, houve perícia no local do acidente; QUE, diante do exposto decide em representar criminalmente o condutor do ônibus de placas PIF-1049, pelo crime de lesão corporal culposa no trânsito. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado. Mandou a autoridade Policial encerrar o presente termo. Que vai devidamente assinado pela autoridade policial, pela declarante e por mim escrivão de polícia, que o digitei.//////

RECEBIDO

25 ABR. 2018

GRUPO SEGURODOR
BBMAPPRE

Autoridade Policial:

Declarante *Waelma do Nascimento Anchieta*

Escrivão:

José Wilson Ferreira da Silveira
Escrivão de Polícia - Mat. 081165-1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tertuliano de Sousa Santana Neto,

RG nº 1.445.438, data de expedição 20/10/1993

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 742.384.853-00, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Povoado Cruzeiro Mun. Lagoa Alegre, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Tertuliano de Sousa Santana Neto, cujo o condutor era
Tertuliano de Sousa Santana Neto.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / NXR 350 Bros es. Preta

Ano: 2008

Placa: NJU 3580

Chassi: 9C2R D033082037640

Data do Acidente: 28.10.2017

Local e Data: Na avenida maranhão ao lado do toca-toca GRUPO SEGURADOR

RECEBIDO

01 JUL 2018

Assinatura do Declarante

Tertuliano de Sousa Santana Neto

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul Centro
Turvo do Amparo Perneta Leal de Araújo
Tabelião Público
Teresina-PI

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS Maria do Amparo Perneta Leal de Araújo - Tabelária Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665	CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: TERTULIANO DE SOUSA SANTANA NETO. DOU FE. EM TEST. <u>José</u> DA VERDADE. TERESINA-PI, 16/11/2017. Emol.:3,60 TJ:0,72 Selo:0,25 Total:4,57 Selo:AW.3064 (F270F133) <u>Danielle</u> Daniella Nayara Lemos Torres Soares - Escrevente Compromissada
---	---





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
054.606.873-14

Nome
WAEMLA DO NASCIMENTO ANCHIETA

Nascimento
12/06/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.134.932
DATA DE EXPEDIÇÃO	31/01/06
NOOME	JOELMA DO NASCIMENTO ANCHIETA
SEXO	
JOELMA VIEIRA DO NASCIMENTO VALDINAR ANDRADE DE ANCHIETA	NASCIMENTO
NATURALIDADE	
TERESINA-PI	DATA DE NATCIMENTO 12/06/1992
DOC. ORIGEM	
CERT.NASC. 203773 L A244 F 212	
EXP TERESINA-PI 20/08/92	
TERESINA - PI	PROVÉDOR DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.350/83	

CÓDIGO DE CONTROLE

AD47.3356.9345.4959

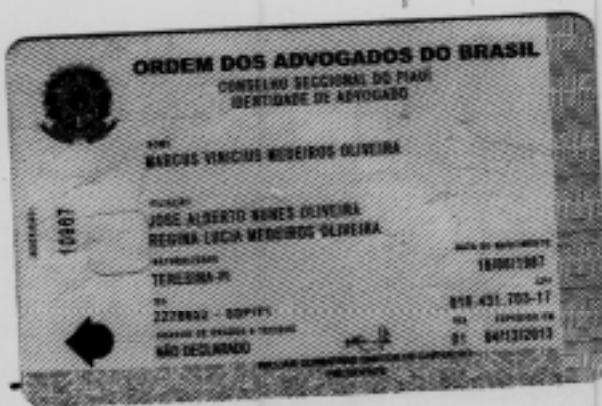
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:44:04 do dia 02/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



RECEBIDO

25 ABR. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

- GENATRON

中西合璧

3PM RESOURCES

卷之三

Journal of Clinical Psychology

30/10/2017

CARREIRAS DO PIAUÍ

SEGUNDO CONVOCATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉRTULAS AUTOMOTORES & DEV. TERRESTRE. ON PERÍODO CARROS & MOTOS. 1º SEMESTRE. SISTEMA INTEGRAL. SITUAÇÃO DEPL.

ESTADOS DO BRASIL

30/10/2017



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 CPF da Vítima Nome completo da vítima
034.606.873-14 Wallma do Nascimento Anchieta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wallma do Nascimento Anchieta		Desempregada
Endereço	Número	Complemento
Rua Henrique dias N° 332	332	
Bairro	Cidade	Estado
Vermelho	Teresina	Piauí
Email	CEP	Telefone / DDD
<i>rebeirosliviano@saasbeta.com.br</i>	64019-330	99222-9732

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	DN	AGÊNCIA NRO.	DN
<i>1606</i>	<i>03375624-4</i>	<i>1606</i>	<i>03375624-4</i>
(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.

Jerônimo 07 de Novembro de 2018 RECEBIDO
Local e Data

25 APR 2018

Wallma do Nascimento Anchieta

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal/ADADOR

BBMAFPRE



RECEBIDO

25 ABR. 2013

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



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

CPF da Vítima

034.606.873-14

Nome completo da vítima

Wallma do Nascimento Anchieta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wallma do Nascimento Anchieta		Desempregada
Endereço	Número	Complemento
Rua Henrique dias N° 332	332	
Bairro	Cidade	Estado
Vermelho	Teresina	Piauí
Email	Telefone / DDD	
pedrosliviano.sociedade@mail.com	99222-9732	

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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 N.º: 1606 D/N CONTA N.º: 03375624-4 D/N
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ N.º D/N

AGÊNCIA N.º: _____ D/N CONTA N.º: _____ D/N
(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.

Local e Data
Teresina, 07 de Novembro de 2018

RECEBIDO

25 APR 2018

Wallma do Nascimento Anchieta

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal/ADADOR

BBMAFPRE



RECEBIDO

25 ABR. 2013

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE