



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINOPORTADOR(A) DO RG Nº 7.929.299EXPEDIDO POR SISDPVATEM 01/01/2012CPF 018.918.904-810 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO DESEMPENHAD
E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VITIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 033 AGENCIA 4156 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01-056331-7
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL RECIFE / PEDATA 13/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Vinícius Albuquerque Marcelino

! ATENÇÃO —

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

REDE DE AGENCIAS SANTANDER
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

13/08/2014 14:45:40 DATA CONTÁBIL 13/08/2014
LOCAL: 033-4154 - CABO DE SA
TRANSACAO: 00000001 TERMINAL: 00000001

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

BANCO: 033 AGENCIA: 4154 CONTA: 01-0056331-7

EM DINHEIRO 10,00
EM CHEQUES 0,00

VALOR TOTAL: 10,00

COM APENAS R\$ 10 VOCÊ JÁ PODE ABRIR UMA
POUPANÇA. ACESSE O CAIXA ELETRÔNICO E COMECE
A GUARDAR SEU DINHEIRO COM SEGURANÇA.

SBR 4154 001 13082014 0090 10,00 2014
0000001 033-4154-001056331-7 CONTAMAX

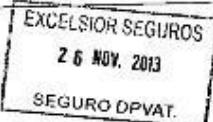
SRY(A) CLIENTE ATENÇÃO!!!

CONFIRME NOME, CONTA E VALOR.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELO,
RG nº 7.929.299, data de expedição 01/13/2012 Órgão SDS/PE,
CPF nº 087.870.484-69 venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

| | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARQUES BABELO</u> | COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA |
| Número | <u>24</u> | |
| Apto / Complemento | <u>-</u> | |
| Bairro | <u>IBURA</u> | |
| Cidade | <u>RECIFE</u> | |
| Estado | <u>PE</u> | |
| CEP | <u>54230-861</u> | |
| Telefone de Contato | <u>(81) 8443-3036 / (81) 3055-1535</u> | |
| E-mail | <u>-</u> | |



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 26 DE NOVEMBRO PE 2013.

Assinatura do Declarante: Vinícius Albuquerque Marcellino

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SOS - PE.
CPF nº 089.890.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040

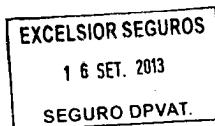
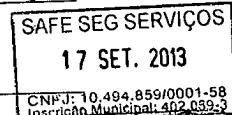


| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MQ Rabelo</u> |
| Número | <u>24</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Ibura</u> |
| Cidade | <u>Recife</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>54230-161</u> |
| Telefone de Contato | <u>3055-1535</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 11, de Setembro de 2013

Assinatura do Declarante: ✓ Vinicius A. Marcelino



CARTA

EU: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO , RG: 7.929.299/SDS/PE
CPF:089.890.484-60 E SINISTRO: 2013/574575

VENHO POR MEIO DESTA, SOLICITAR UMA NOVA PERÍCIA MÉDICA COM OS PERITOS DA SEGURADORA LIDER, POR MOTIVO QUE NÃO TIVE CONDIÇÕES DE COMPARCER AS ÚLTIMAS PERÍCIAS AGENDADAS, POIS NÃO ESTAVA EM MINHA CIDADE, PRECISO QUE MEU PROCESSO SEJA ENTÃO CONCLUIDO DA MELHOR FORMA POSSÍVEL. FICO ENTÃO NO AGUARDO DESSE REAGENDAMENTO O MAIS BREVE POSSIVEL.

MEU ENDEREÇO: RUA MARQUES RABELO N°24 IBURA RECIFE PE
CEP: 54230-161

FONE: (81) 3055-1535 / (81) 8801-5010

RECIFE, 18 DE ABRIL DE 2014.



VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

FECHAMENTO AUTORIZADO. PODE SER ABERTO PELA ECT.

CAIXA

Vinicius Albuquerque Marcelino
Rua Mq Rabelo N24
Ibura
54230-161 - Recife - PE



0781100

**Mala Direta
Postal**
0012947020/2010-DIV/050/SPM
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
---CORREIOS---

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINO,

RG nº 7.929.299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SIS/PE,
CPF nº 089.890.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARQUES RABELO</u> |
| Número | <u>24</u> |
| Apto / Complemento | <u>-</u> |
| Bairro | <u>IBURA</u> |
| Cidade | <u>RECIFE</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>54230-868</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 8443-3036 (81) 3055-1535</u> |
| E-mail | <u>/</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE, 22 DE NOVEMBRO DE 2013.

Assinatura do Declarante:





A vida pede mais que um banco



RECIFÉ PE 014 DATA DE POSTAGEM: 04/09/2013
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
RUA MG PASELO N°24 IBURA
54230161 RECIFE PE



2019307021666240000001044330040913



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2014

Carta n°: 5047177

A/C: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Sinistro: **2013574575**
Vitima: **VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO**
Data Acidente: **08/04/2011**
Natureza: **INVALIDEZ**
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **033**

Agência: **000004156**

Conta: **000001056331-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé

10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

| | | |
|---|-----|-----------------|
| Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = | R\$ | 1.350,00 |
|---|-----|-----------------|

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

| | | |
|---|-----|-----------------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|-----------------|

| | | |
|--------|-----|-------------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
|--------|-----|-------------|

| | | |
|--------|-----|-------------|
| Juros: | R\$ | 0,00 |
|--------|-----|-------------|

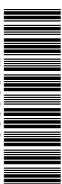
| | | |
|------------------|-----|-----------------|
| Total creditado: | R\$ | 3.037,50 |
|------------------|-----|-----------------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: 2013574575 - 8

Nome do(a) Examinado(a): VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MARQUES RABELO nº 24 - IBURA - RECIFE/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7929299 - SSP

Data local do exame: 04/08/2014 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXACAO DO 2 PDD ESQUERDO/ TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CONSERVADOR
ESTA DE ALTA MEDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO DIREITO

2 PDD ESQUERDO- DESALINHAMENTO OSSEO E IMOBILIDADE ARTICULAR

IV. Segundo o 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

PUNHO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

2 PDD ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 04/08/2014

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 03/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04156

CONTA: 00001056331-7

Nr. da Autenticação 38D5EF4FBB8C749D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

| | | |
|---|--|--|
| Número: 2013574575 | Cidade: Jaboatão dos Guararapes | Natureza: Invalidez |
| Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO | Data do acidente: 08/04/2011 | Emissor do parecer: Tatiane Jardim dos Santos |
| Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS | Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGURIOS LTDA | CRM do médico: 906387 |

PARECER

Data da análise: 02/01/2014

Valorização do IML:

0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos:
TTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEQUELA INDEFINIDA

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: RAFAEL SANTOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

| Dano | % Dimensão | Graduação |
|----------------------|-------------------|------------------|
| Danos não definidos. | | |

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

| | | |
|---|--|--|
| Número: 2013574575 | Cidade: Jaboatão dos Guararapes | Natureza: Invalidez |
| Vítima: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO | Data do acidente: 08/04/2011 | Emissor do parecer: Maria Regina Guimaraes da Silva |
| Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS | Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços | CRM do médico: 52258890 |

PARECER

Diagnóstico: LUXACAO DO 2 PDD ESQUERDO/ TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO DIREITO 2 PDD ESQUERDO- DESALINHAMENTO OSSEO E IMOBILIDADE ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR ESTA DE ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO 2º PODODACTILO ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 04/08/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 4.725,00

Médico avaliador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|---|----------|-----------------|------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 | 1 | 100 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 | 1 | 50 |

Valor avaliado: 3.037,50

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELO,

RG nº 7.929.299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SIS/PE,
CPF nº 089.890.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARQUES LAMELO</u> |
| Número | <u>24</u> |
| Apto / Complemento | <u>-</u> |
| Bairro | <u>IBURA</u> |
| Cidade | <u>RECIFE</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>54230-868</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 8443-3038 (81) 3055-1535</u> |
| E-mail | <u>/</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE, 22 DE NOVEMBRO DE 2013.

Assinatura do Declarante:





A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL1 DATA DE POSTAGEM: 04/09/2013
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO
RUA MQ PABELO N24 ISURA
54230161 RECIFE PE



2011307021666240000001044330040913



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINOPORTADOR(A) DO RG N° 3.989.293EXPEDIDO POR SBS/LPEEM 01/11/2012

CPF 101.819.819-014-610 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Desempregado
E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 meses, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 002 AGENCIA 4156 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 1 - 056331-7

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGENCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 541 - AGENCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 101 - AGENCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL RECIFE / PE DATA 13/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Vinicius Albuquerque Marcelino

! ATENÇÃO -

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade dos sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER
EXTRATO DE CONTA CORRENTE - 30 DIAS

22/08/2014 16:53:49 DATA CONTABIL: 22/08/2014
VAL: 033.4036 - JABOATAO D
NSACAO: 0640032 TERMINAL: 0000171

INICIOS ALBUQUERQUE MARCELINO CARTAO: 6141
BANCO: 033 AGENCIA: 4156 CONTA: 01-056331-7

SALDOS

| | |
|----------------|------|
| SALDO CONTAMAX | 9,37 |
|----------------|------|

SANTANDER MASTER

| | |
|-------------------------|----------|
| TAXA DE INADIMPLEMENTIA | 10,99%AM |
| TAXA DE MORA | 1,00%AM |
| MULTA | 2,00%AM |

MOVIMENTACAO DE CONTAMAX

| DIA DOCTO. HISTORICO | VALOR |
|--|---------|
| SALDO ANTERIOR | 0,00 |
| AGOSTO/2014 | |
| 13 144536 DEPOSITO EM DINHEIRO NO CAIXA | 10,00 |
| 15 010815 LIQUIDO DE VENCIMENTO RAYOTEC LT 040956555000141 | 163,87 |
| 15 463066 COMPRA CARTAO MAESTRO 15/08 RECIFE PARKING | 4,50- |
| 18 602147 SAQUE ATM INTERAGENCIA | 160,00- |
| SALDO ATUAL | 9,37 |

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,
ALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E
AS A ALTERACOES.

SUA VIDA. UTILIZE O INTERNET BANKING
E SUAS TRANSACOES SEM SAIR DE CASA.
ACESSAR O SITE WWW.SANTANDER.COM.BR
E SE CADASTRAR DIGITANDO SEU CPF E SEGUINDO O
PASSO A PASSO. NAO PERCA MAIS TEMPO.



Conta Corrente > Extrato

Vinicius Albuquerque Marcelino

Agência: 4156

Conta Corrente: 01-056331-7

Período: 27/07/2014 à 25/08/2014

Data/Hora: 25/8/2014 às 16:51h

| Data | Histórico | Docto. | Valor | Saldo |
|---------------------------------------|---|--------|---------|--------|
| 28/07/2014 | SALDO ANTERIOR | | | |
| 13/08/2014 | DEPOSITO EM DINHEIRO NO CAIXA | 144536 | 10,00 | 10,00 |
| 15/08/2014 | LIQUIDO DE VENCIMENTO RAYOTEC LT 04095655000141 | 010815 | 163,87 | |
| 15/08/2014 | COMPRA CARTAO MAESTRO 15/08 RECIFE PARKING | 463066 | -4,50 | 169,37 |
| 18/08/2014 | SAQUE ATM INTERAGENCIA | 602147 | -160,00 | 9,37 |
| A - Saldo de ContaMax | | | | 9,37 |
| B - Saldo Bloqueado | | | | 0,00 |
| C - Saldo Disponível ContaMax (A - B) | | | | 9,37 |

a = Bloqueio Dia / ADM

b = Bloqueado

p = Lançamento Provisionado

Superlinha: 4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)SAC 0800-762-7777
Ouvintoria 0800-726-0322

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SOS - PE.
CPF nº 089.890.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040

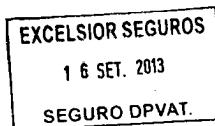
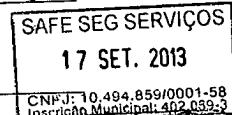


| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MQ Rabelo</u> |
| Número | <u>24</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Ibura</u> |
| Cidade | <u>Recife</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>54230-161</u> |
| Telefone de Contato | <u>3055-1535</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 11, de Setembro de 2013

Assinatura do Declarante: ✓ Vinicius A. Marcelino



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SOS - PE.
CPF nº 089.890.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MQ Rabelo</u> |
| Número | <u>24</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Ibura</u> |
| Cidade | <u>Recife</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>54230-161</u> |
| Telefone de Contato | <u>3055-1535</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 11, de Setembro de 2013

Assinatura do Declarante: ✓ Vinicius A. Marcelino

