



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 MARCELINO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.929.299 EXPEDIDO POR SIS/PE EM 01/11/2012  
CPF 018.918.910(4)(8)(4)-(6)0 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO DESEMPREGADO  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 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 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. 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 ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

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

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO 033 AGÊNCIA 4156 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01-056331-7
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (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 DESCRITAS, 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 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](http://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 CONTABIL 13/08/2014  
LOCAL: 033.4156 - CABO DE SA  
TRANSACAO: 0000371 TERMINAL: 0000001

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

BANCO: 033 AGENCIA 4156 CONTA 01-056331-7

EM DINHEIRO 10,00  
EM CHEQUES 0,00

VALOR TOTAL: 10,00

COM APENAS R\$ 10 VOCE JA PODE ABRIR UMA  
POUPANCA. ACESSE O CAIXA ELETRONICO E CONHECE  
A GUARDAR SEU DINHEIRO COM SEGURANCA.

SBR 4156 001 13082014 0070 10,00R 20AL  
000371H 033-4156-001056331-7 CONTAMAX

SR(A) CLIENTE ATENCAO !!!

CONFIRA NOME, CONTA E VALOR

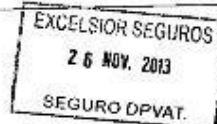


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

RG nº 7.989.899, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS/PE  
CPF nº 089.890.484-60 venho perante a este instrumento declarar que não  
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
nome de tercelro:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro<br>(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>54230-862</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 DE 2013

Assinatura do Declarante:

Vinicius Albuquerque Marcelino

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS - PE.  
CPF nº 089.690.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso 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 RESIDENCIA

\*1004040\*



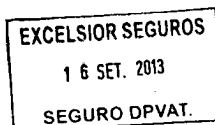
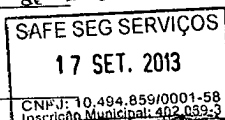
|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MO Rabelo</u> |
| Número                            | <u>24</u>           |
| Apto / Complemento                |                     |
| 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 Albuquerque 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 COMPARECER AS ÚLTIMAS PERÍCIAS AGENDADAS, POIS NÃO ESTAVA EM MINHA CIDADE, PRECISO QUE MEU PROCESSO SEJA ENTÃO CONCLUÍDO DA MELHOR FORMA POSSÍVEL. FICO ENTÃO NO AGUARDANDO DESSE REAGENDAMENTO O MAIS BREVE POSSÍVEL.

MEU ENDEREÇO: RUA MARQUES RABELO Nº24 IBURA RECIFE PE  
CEP: 54230-161

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

RECIFE, 18 DE ABRIL DE 2014.

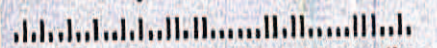
  
VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

**Mala Direta  
Postal**

9912947020/2010-01/VDSB/SPM  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

---CORREIOS---

**CAIXA**



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



078180

FECILAMENTO AUTORIZADO. POSE SER ABERTO FILA ECT.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VINÍCIUS ALBUQUERQUE MARCELIANO,

RG nº 7.929.299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS/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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARQUES LABELO</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>(85) 8443-3031 / (85) 3055-1535</u> |
| E-mail                            | <u>-</u>                               |

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Vinicius Albuquerque Marcelino

**CAIXA**

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL1 DATA DE POSTAGEM: 04/09/2013

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

RUA MO RABELO N24 ISURA

54230161 RECIFE PE



2011307021666240000001044530040913





Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2014

Carta nº: 5047177

A/C: VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

Sinistro: 2013574575  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

#### 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-EXTENSÃO 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(\*).

☐ Vitima 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)

#### PUNHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### 2 PDD ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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: 000001056331-7

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  
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387

## PARECER

**Data da análise:** 02/01/2014**Valoração 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**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

RG nº 7.929.299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS/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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARQUES LABELO</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>(85) 8443-3031 / (85) 3055-1535</u> |
| E-mail                            | <u>-</u>                               |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE, 22 DE NOVEMBRO PE 2013

Assinatura do Declarante:

Vinicius Albuquerque Marcelino



**CAIXA**

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL3 DATA DE POSTAGEM: 04/09/2013

VINICIUS ALBUQUERQUE MARCELINO

RUA MO RABELO N24 ISURA

54230161 RECIFE PE



2011307021666240000001044530040913

RECIFE PE PL3



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 SISLPEEM 01/11/2014CPF 01319181041814-610 / CNPJ 00000000-0000-0000-0000-000000000000, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp 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. 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 ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 AGÊNCIA 4156 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01-056331-7

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL RECIFE / PEDATA 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 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.dpvatsegurodatransito.com.br](http://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  
CAL: 033.4036 - JABOATAO D  
NSACAO: 0640032 TERMINAL: 0000171

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

SALDOS

SALDO CONTAMAX 9,37

SANTANDER MASTER

TAXA DE INADIMPLENCIA 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<br>DINHEIRO NO CAIXA                      | 10,00   |
| 15          | 010815 LIQUIDO DE<br>VENCIMENTO RAYOTEC LT<br>04095655000141 | 163,87  |
| 15          | 463066 COMPRA CARTAO<br>MAESTRO 15/08 RECIFE<br>PARKING      | 4,50-   |
| 18          | 602147 SAQUE ATM<br>INTERAGENCIA                             | 160,00- |
|             | SALDO ATUAL  | 9,37    |

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,  
REALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E  
SEM ALTERACOES.

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



## Conta Corrente &gt; Extrato

Vinicius Albuquerque Marcelino

Agência: 4156

Conta Corrente: 01-056231-7

Período: 27/07/2014 a 25/08/2014

Data/Hora: 25/8/2014 às 16:51h

| Data                                  | Histórico                                       | Doc.to. | 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 - <u>Saldo Bloqueado</u>            |   |         |         | 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  
Ouvidoria 0800-726-0322

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS - PE.  
CPF nº 089.690.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso 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 RESIDENCIA

\*1004040\*

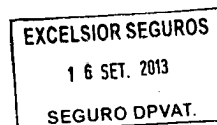
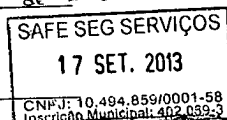


|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MO Rabelo</u> |
| Número                            | <u>24</u>           |
| Apto / Complemento                |                     |
| 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 Albuquerque Marcelino



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vinicius Albuquerque Marcelino

RG nº 7929299, data de expedição 01/11/2012, Órgão SDS - PE.  
CPF nº 089.690.484-60, venho perante a este instrumento declarar que não  
posso 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 RESIDENCIA

\*1004040\*



|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>r. MO 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 Albuquerque Marcelino

