



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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

580.967.443-72

Ana Marta Conceição Alneu

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

Nome completo Ana Marta Conceição Alneu		CPF titular da conta 580.967.443-72	Profissão
Endereço Rua 101 Res. Icaro		Número 255	Complemento Ap 404 B e B
Bairro Novo Mondubim	Cidade Fortaleza	Estado Ceará	CEP 60000000
Email - - - - -			Telefone (DDD) (85) 3483-2904

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)

**AGÊNCIA**  
 NRO.  D/V   
 (Informar dígito se existir)

**CONTA**  
 NRO.  D/V   
 (Informar dígito se existir)

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

**BANCO**  
 Nome  NRO   
 Caixa Econômica 104

**AGÊNCIA**  
 NRO.  D/V   
 2183 (Informar dígito se existir)

**CONTA**  
 NRO.  D/V   
 35879 7 (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.

Bairro

Email

Fortaleza - Ce, 26 de Dezembro de 2017

Local e Data

*Ana Marta Conceição Alneu*

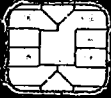
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CAIXA**

CONTA CORRENTE



603689 0010 49601 9985

ANA MARTA CONCEICAO ABREU

MasterCard

2183 001 00035879-7 08/21

débito

SABEMI SEGURADORA S/A

22 JAN 2018

RECEBIDO