

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **498.887.734-53** 4 - Nome completo da vítima: **WLADIMIR DE LIMA TIMÓTEO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **WLADIMIR DE LIMA TIMÓTEO** 6 - CPF: **498.887.734-53**
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **RUA CICERO JACINTO** 9 - Número: **34** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CATOLÉ** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.410-276**
15 - E-mail: **wladylima@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(83) 9.8717-1480**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL S.A**
AGÊNCIA: **3331** **6** CONTA: **128.398** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias, do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE-PB, 08 DE AGOSTO 2019.**

Wladimir de Lima Timóteo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Data Movim.	Dep. Origem	Histórico	Documento1	Valor	Saldo
24/06/2019		Saldo Anterior		27,74 D	27,74 D
01/07/2019	3331-6	Transferido da poupança 29/06 3331 128398-7 WLADIMIR DE LI	3.331.510.128.398	35,00 C	
01/07/2019		Cobrança de Juros	511.058.916	2,16 D	
01/07/2019		Cobrança de I.O.F.	391.100.701	0,76 D	4,34 C
03/07/2019	3331-6	Transferência recebida 03/07 3331 126068-5 DAENE A L SOUS	603.331.000.126.068	450,00 C	454,34 C
04/07/2019	8717-3	Saque no TAA 04/07 11:25 SOP-PARQUE D CRIANCA	41.125.438.792.391	450,00 D	4,34 C
08/07/2019	8717-3	Saque no TAA 08/07 11:13 SOP-PARQUE D CRIANCA	81.113.188.792.391	100,00 D	95,66 D
10/07/2019	8717-3	Depósito Online	2.104.284.324	260,00 C	
10/07/2019		FIES JRS/AMORTIZACAO	6.310.655.004.857	298,12 D	133,78 D
11/07/2019	63-9	Depósito Online	636.510.200.354	100,00 C	33,78 D
12/07/2019	3331-6	Transferência recebida 12/07 3331 126068-5 DAENE A L SOUS	603.331.000.126.068	200,00 C	166,22 C
16/07/2019	3331-6	Transferência enviada 16/07 3331 113381-0 ANITA LEOCADIA	603.331.000.113.381	35,00 D	131,22 C
17/07/2019	8717-3	Saque no TAA 17/07 11:25 SOP-PARQUE D CRIANCA	171.125.258.792.391	100,00 D	
17/07/2019	8717-3	Saque no TAA 17/07 11:26 SOP-PARQUE D CRIANCA	171.126.198.792.391	20,00 D	11,22 C
19/07/2019		Pagto cartão crédito OUROCARD VISA	115.264.004	0,90 D	10,32 C
31/07/2019		S A L D O			10,32 C

Informações adicionais

OBSERVAÇÕES: