Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA JURÍDICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Este formulário destina-se, exclusivamente, ao pedido de **Reembolso de Despesas Médicas** pagas por Pessoa Jurídica proprietária de veículos da **Categoria 3 e 4**, conforme determina o Cod. Civil no termos do **Art. 346, III**."A conta informada precisa estar regularizada, ativa, desbloqueada ou sem impedimento para crédito do reembolso.

É necessário anexar cópia dos documentos de identidade, CPF, Comprovante de Residência do(s) Responsável(is) Legal(is) da Empresa, Contrato Social, Cartão do CNPJ, e o Termo de Quitação disponível para impressão no endereço abaixo:

https://www.seguradoralider.com.br/Documents/documentos/Termo-de-declaracao-quitacao-para-categoria-3-4.pdf

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima

Razão Social		Número CNPJ	
Atividade Principal		Telefone	
Nome Completo do Sócio, Administrador ou Responsável Legal signatário(a) da presente		CPF	
Endereço da Empresa		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD)

Declaro(amos), sob as penas da lei e para fins de prova de logradouro junto a Seguradora Líder – DPVAT, que o endereço cadastral da empresa é o descrito acima. Segue, em anexo, uma cópia do comprovante do endereço informado.

INFORMAÇÕES DA SITUAÇÃO PATRIMONIAL, FINANCEIRA E BANCÁRIA

PATRIMÔNIO LIQUÍDO (R$) _____ FATURAMENTO MÉDIO MENSAL (R$) _____

☐ RECUSO INFORMAR

☐ **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 ____

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

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

Declaro(amos) que os dados bancários são de titularidade da empresa e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo(amos) a Seguradora Líder a efetuar o pagamento do reembolso do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.
Após efetivado o crédito, reconheço(emos) e dou(amos) plena quitação do valor reembolsado.

_____, _____ de_____de_____

Local e Data

_____

Assinatura do Beneficiário