

**AUTORIZAÇÃO NO CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO
NOS TERMOS DA LEI Nº 10.214/01**

Segurado/ Vítima: _____ CPF: _____

Favorecido: _____ CPF/CNPJ: _____ e

RG.: _____ Endereço: _____

CEP: _____ - _____, Município/ UF: _____ . (DDD) Telefone _____ (DDD) Celular: _____

E-mail: _____, autorizo a Porto Seguro Cia de Seguros

Gerais a efetuar o respectivo pagamento/crédito, na conta bancária abaixo indicada de minha titularidade.

Importante: O depósito somente poderá ser efetuado em conta corrente ou poupança de titularidade do favorecido, favor não informar conta benefício do INSS, caixa fácil e conta conjunta onde o favorecido não é o titular, pois o crédito não será aceito pelo banco.

Importante: Anexar a este formulário cópia de qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados, tais como: cartão bancário, cabeçalhos de extrato bancário ou do cheque, exclusivamente com os dados da conta ou documento de comprovação de abertura de conta corrente ou poupança.

FORMA DE PAGAMENTO/ CRÉDITO SOMENTE ATRAVÉS DE CONTA CORRENTE OU POUPANÇA

NOME DO TITULAR:	NOME E NÚMERO DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DIGITO	TIPO DE CONTA <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA
------------------	------------------------	---------------	-------------	--------	---

Na hipótese de divergências nos dados acima por mim fornecidos, tais como: nº de cpf ou cnpj, dados da conta corrente, do banco ou agência, o depósito bancário será recusado, não se responsabilizando a Porto Seguro pela não efetivação.

O presente instrumento de autorização não significa que a Porto Seguro estará reconhecendo eventual direito de indenização, pois existe a necessidade de análise de todo o processo do sinistro. **Não valendo também a presente, como compromisso de indenização e ou termo de quitação.**

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (PARA OS CASOS DE BENEFICIÁRIOS ENTRE 16 E 18 ANOS, QUE RECEBERÃO ASSISTIDOS POR SEUS REPRESENTANTES LEGAIS)

No caso de favorecido/beneficiário analfabeto, deverão assinar 02 testemunhas a rogo:

ASSINATURA 1º TESTEMUNHA

ASSINATURA 2º TESTEMUNHA

NOME: _____

NOME: _____

CPF: _____

CPF: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

COM FIRMA RECONHECIDA

Obs.: no caso do favorecido ser pessoa jurídica, anexar cópia da última ata juntamente com CIC e RG do representante legal (cópia autenticada) que assinará a presente autorização.

• Lei 10214/01 - trata do sistema de pagamento brasileiro sobre a forma, liquidação e compensação de pagamentos em qualquer de suas formas.

Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades) SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Site: www.portoseguro.com.br