

# Autorização do(a) beneficiário(a) para o recebimento de indenização

**CAIXA**  
seguradora

FOP 277 08

## 1. DADOS DO(A) SEGURADO(A)

Nome completo

**Maria Clarice dos Santos Maldonado**

Certificado

## 2. DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Nome completo

**Ronald Alexsandro dos Santos Maldonado**

CPF

**21638903840**

Número do RG

**347843244**

Órgão Expedidor / UF

**SSP**

Data da Expedição

**01/07/2015**

Profissão do Beneficiário

**Analista de Sistemas**

Faixa de Renda do Beneficiário

**8.000,00**

Grau de Parentesco com o Segurado

**Filho**

Endereço Completo

**Rua Prof. Jose Lourenço, 397**

Bairro

**Vila Zatt**

Cidade

**São Paulo**

UF

**SP**

CEP

**02977-020**

Telefone(s) / DDD / DDI

**(11) 9.8410-3112**

E-mail

**web.maldonado@gmail.com**

## 3. PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgo os poderes necessários à Caixa Seguradora S/A CNPJ 34.020.354/0001-10, por seus prepostos ou representantes, a fim de instruir o processo de sinistro, para solicitar, em meu nome, informações relacionadas ao sinistro, da forma mais completa possível, de acordo com o artigo 653 e seguintes do Código Civil.

Efetuar o respectivo crédito em conta bancária de minha titularidade, conforme indicado a seguir, se houver resíduo (diferença positiva entre o saldo devedor e o capital segurado na data da caracterização do evento coberto), segundo consta nas Condições Gerais da Apólice.

Declaro ainda que, quando efetuado o crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Banco (cód. do Banco)

**341**

Agência

**0745**

Operação

☐ Poupança

☒ Conta corrente

Variação (quando for o caso)

Número da Conta

**58562-0**

## 4. IMPORTANTE

- A indenização não poderá ser efetuada em: conta com operação 023, conta de Pessoa Jurídica, conta-conjunta ou conta vinculada ao INSS - Benefício.
- Não poderá ser conta salário - operação 37 - não recebe depósito de indenização securitária.
- Não poderá ser depositada em conta de terceiros.

Atenciosamente,

Local e Data

**São Paulo, 26 de Agosto de 2020**

Assinatura do(a) Outorgante / Beneficiário / Responsável Legal