

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de:	<b>CARMELITA ALVES DA SILVA</b>
Nº Sinistro:	<b>3180439685</b>
Vitima:	<b>CARMELITA ALVES DA SILVA</b>
Data do Acidente:	<b>28/03/2018</b>
Cobertura:	<b>INVALIDEZ</b>
Procurador:	<b>ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO</b>

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439685**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**