

---

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GABRIEL EMIDIO MOREIRA NETO**  
Nº Sinistro: **3180322231**  
Vitima: **GABRIEL EMIDIO MOREIRA NETO**  
Data do Acidente: **10/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180322231**.

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**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL EMIDIO MOREIRA NETO

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000026863-2

---

Nr. da Autenticação 7845869911B20236