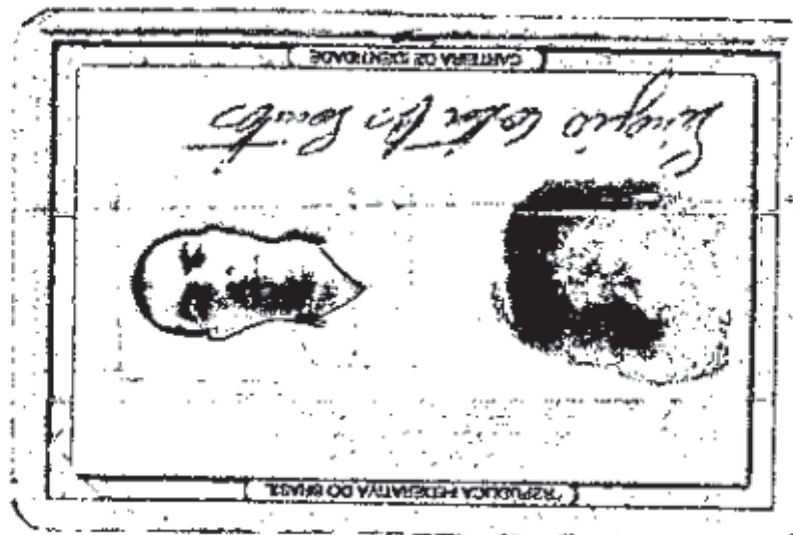
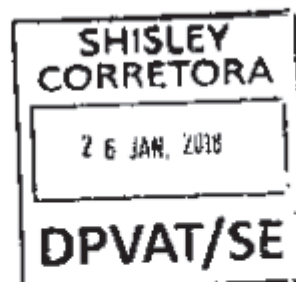




Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		25
REGISTRO CIVIL	1.123.987	2.VIA
DATA DE EMISSÃO	22/06/2015	
NOME	SERGIO COSTA DOS SANTOS	
FUNÇÃO	PEDRO NASCIMENTO DOS SANTOS	
NATURALIDADE	LAURA COSTA DOS SANTOS	
LOCAL DE EMISSÃO	ARACAJU-SE	
DATA DE EMISSÃO	09/05/1975	
CT. NASCIM.	NR 129464 LV A-102 FL 647.	
OF. CART. 7 OFIC. DIST. COM. ARACAJU/SE	875.768.725-00	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS



Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Sergio Lota da Silva, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2014, faleceu em 26/9/2014, no estado civil de solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>Yasmin Jesus Lota da Silva</u>	<u>Filha</u>		
2. <u>Dielle Mariana Lota da Silva</u>	<u>Filha</u>		
3.			
4.			
5.			

SHISLEY
CORRETORA

2-B FFV 2010

DPVAT/SE

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou ☒ deixou companheira(o) de nome

Sandra Regina Freitas da Silva

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcia Guterres de Jesus</u>	<u>1383191</u>	<u>01848811535</u>	<u>Marcia Santos de Jesus</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Adriano Santos de Jesus</u>	<u>1410302</u>	<u>00806840571</u>	<u>Adriano Santos de Jesus</u>
2. <u>Mônica Leticia dos Santos</u>	<u>21054053</u>	<u>01533094583</u>	<u>Mônica Leticia dos Santos</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
 b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de únicos herdeiro



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Sergio Costa dos Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2017, faleceu em 26/09/2017, no estado civil de solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>Daura Ferreira dos Santos</u>	<u>Filha</u>	<u>3.415.129-0</u>	<u>067.708.835-38</u>
2. <u>Yasmin Jesus Costa dos Santos</u>	<u>Filha</u>		
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou ☒ deixou companheira(o) de nome Sandra Regina Fereira da Silva.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Assinou-se 26.01.2018
LOCAL E DATA

Assinou-se 18.01.2018
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA



Daura Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

Marcia Santos de Jesus
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcia Santos de Jesus</u>	<u>1.383.191</u>	<u>0184811535</u>	<u>Marcia Santos de Jesus</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Aline de Souza Barbosa</u>	<u>3.593.610-1</u>	<u>068.766.5589</u>	<u>Aline de Souza Barbosa</u>
2. <u>Paulo Rizon de Souza Gouveia</u>	<u>4.686.333</u>	<u>335.524.2452</u>	<u>Paulo Rizon de Souza Gouveia</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001467/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2017 11:34 Data/Hora Fim: 24/10/2017 12:16
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 31/05/2017 07:54

Local do Fato

Município: Aracaju

Logradouro: Avenida Presidente Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Bairro: Jabutiane

CEP: 49.095-000

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1210: Praticar homicídio culposo na direção de veículo automotor deixando de prestar socorro à vítima (Art. 302, § 1º, Inc. III da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: SÉRGIO COSTA DOS SANTOS (VÍTIMA, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 09/06/1975

Profissão: Entregador

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Laura Costa Dos Santos

Nome do Pai: Pedro Nascimento Dos Santos

Documentos

RG - Carteira de Identidade: 1123067

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 875.768.725-00

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA D

Bairro: Cidade Nova

Nº: 187

CEP: 49.070-580

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Aracaju

Sexo: Feminino

Nasc: 18/04/1977

Profissão: Balconista

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Deuza Freires da Silva

Documentos

RG - Carteira de Identidade: 1135509

Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

SERGIO COSTA DOS SANTOS

MATRÍCULA:

1104940155 2017 4 00136.080 0044200 61

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE

SE Serviço Notarial e Registro AMILTON GARCIA
Rua Lins de Vasconcelos, 47 - Centro - CEP: 49.010-000 - Aracaju/Sergipe
Cartório que atua em todo o Brasil com a original e em todo o Brasil
Assinatura do Oficial
Selo TJSE: 201729527234647
Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF



SEXO

masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, com 42 anos de idade

NATURALIDADE

Aracaju - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 1123067 SSP - SE

ELEITOR

era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PEDRO NASCIMENTO DOS SANTOS e LAURA COSTA DOS SANTOS Rua D, Loteamento Dendê, nº 187, bairro Cidade Nova, Aracaju - SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinete e seis de setembro de dois mil e dezessete às 13:45 horas

DIA MÊS ANO

26/09/2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HUSE - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO em Aracaju - SE

CAUSA DA MORTE

Choque Cardiogenico, drenagem pleural bilateral e mediastinica, derrame pleural e pericardico, insuficiencia cardiaca

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

Cemitério São João Batista, Aracaju - SE

DECLARANTE

Simone Costa dos Santos

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

GILVAN PEREIRA DA MOTA, CRM:1453

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Selo - TJSE: 201729527234647. Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF. Válida somente com selo de autenticidade. Isenta de emolumentos.

8º OFÍCIO DE ARACAJU - NOTAS E REGISTRO CIVIL

CNS: 11.049-4

Tabelião/Oficial: Daniel Pierete

Aracaju/SE - 49010-390

Rua Lagarto, 1332 - Centro

(79) 3214-3397

www.cartoriopierete.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Aracaju-SE, 27 de setembro de 2017

Anara de Oliveira Alves
Assinatura do Oficial

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
8º Ofício de Aracaju - 27/09/2017 - 0916547
Selo TJSE: 201729527234647
Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF



ARPENBRASIL AA 007541551 BRP

[illegible]

Uso exclusivo para omissão de certidões de registro civil das pessoas naturais

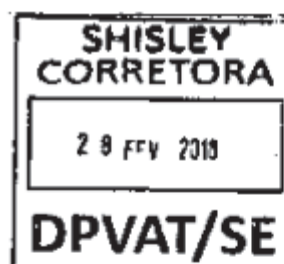
RELATÓRIO 0969 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1705310139 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 07h54min do dia 31 de Maio de 2017, para atendimento de vítima identificada como **Sérgio Costa dos Santos**, com relato de acidente motociclistico, na Avenida Presidente Tancredo Neves, no Bairro Jabutiana, próximo à Faculdade Pio Décimo, no município de Aracaju.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Aracaju, removeu a vítima para Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 12 de Julho de 2017



Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

875.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

E-mail

CPF titular da conta

Número

Estado

Profissão

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

Laura Ferreira dos Santos
Av. General Euclides Figueiredo
Soledade Aracaju

067.708.835-38
183
Sergipe

Sem Profissão
Lado Plan
49089-025

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

IND

AGÊNCIA

Nº 2186

D/V

CONTA

Nº 00-090-722

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Aracaju - SE 26 de Janeiro de 2019
Local e Data

Laura Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2019

DPVAT/SE

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

876.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcia Santos de Jesus	CPF titular da conta	018.488.11535	Profissão	Sem Profissão
Endereço	Rua Maria Fereira Moura	Número	204	Complemento	Casa B
Bairro	Olaria	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe
E-mail		CEP	49092-450	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1500 D/V. CONTA NRO. 00039512 D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

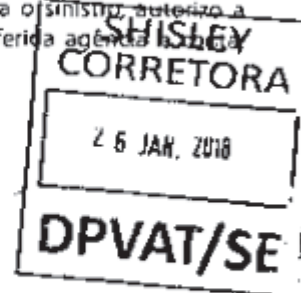
BANCO NOME. AGENCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aracaju, 18 de Janeiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LAURA FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - NEXO CAUSAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro **número 3180058975**, verificamos que não há relação entre o acidente sofrido e o dano para o qual a cobertura do Seguro DPVAT foi reclamada.

Por essa razão, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **negado**.

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



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - NEXO CAUSAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro **número 3180058975**, verificamos que não há relação entre o acidente sofrido e o dano para o qual a cobertura do Seguro DPVAT foi reclamada.

Por essa razão, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **negado**.

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



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vitima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180058975**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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

Carta nº 12351175

