



Número: **0815443-84.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **28/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

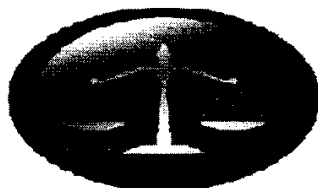
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
5486180	28/06/2019 11:09	DOC. 01	Documentos

ANGEL'S



ASSESSORIA JURIDICA

CNPJ: 29.703.588/0001-21

PROCESSO JURÍDICO

() APOSENTADORIA () LOAS () AUX. DOENÇA () SEG. DESEMPREGO () AÇÃO JUDICIAL

CLIENTE: DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

ENDEREÇO: QUADRA 08, CASA 04

Nº: 08

BAIRRO: VAMOS VER O SOL

CEP: 64037.700

PONTO DE REFERÊNCIA:

FONE: 086. 9.

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

RG: 1010080-92

CPF: 34312862320

DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1969

CAD- CÓDIGO FAMILIAR:

MAE:

ANGEL'S

Alberonío Alves



REDEUPVAT

Responsável: ESCRITORIO PIAUI

Código: #234002

Identificação

Natureza: invalidez

CPF: 343.128.612-26

Data Nascimento: 04/01/1969

Data Sinistro: 05/03/2016

Nome: DOUGLAS CARLOS NASCIME

3180/370612

Vítima

CEP: 64.037-700

Complemento: QUADRA 05 C 04

Logradouro: RES VAMOS VER O SOL S/A

Bairro: URBANO

Cidade/UF: Teresina-PI

Sinistro

Data Sinistro: 05/03/2016

UF Ocorrência: PI

Horário:

Cidade Ocorrência: Teresina

Tipo Veículo: 9 - Moto

Pessoas

CPF: 343.128.612-26

Tipo Beneficiário: Vítima

Nome Benef.: DOUGLAS CARLOS NASCIMI

Data Nascimento: 04/01/1969

SABEMI
Rua São Pedro, nº 2071
Sala 405 - Centro Sul - CEP: 64001-260
(86) 3305-7617 - Teresina-PI

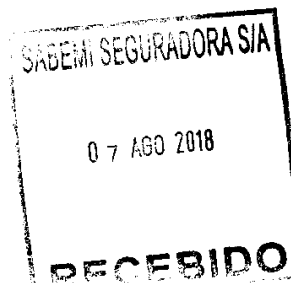
Checklist de Documentos**Sinistro**

- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Certidão de casamento
- ☐ Certidão de nascimento
- ☐ Comprovação de ato declaratório
- ☐ Declaração de inexistência de IML
- ☐ Declaração do Proprietário do Veículo
- ☐ Documentação médico-hospitalar
- ☐ Documento de identificação
- ☐ DUT
- ☐ Laudo do IML - Lesão corporais
- ☐ Outros

Pessoas

DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

- ☒ Autorização de pagamento
- ☒ Comprovante de residência





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 343.128.623-20	Nome completo da vítima 05/03/2018
---------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Douglas Carlos Nascimento	CPF titular da conta 343.128.623-20	Profissão POLICIAL MILITAR
Endereço RESIDENCIAL VAMOS VER O SOL	Número S/N	Complemento 00.08/CASA 04
Bairro B. URBANO	Cidade TERESINA	CEP 64000-000
Email	Estado PI	Telefone (DDD) 86.99407.0776

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) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO Banco do Brasil	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V (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.

TERESINA, 03 de Agosto de 2018
Local e Data

*Douglas Carlos Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Douglas Carlos Nascimento</u>	CPF da Vítima <u>343.128.623-20</u>	Data do Acidente <u>05/03/2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresina, 03 de Agosto de 2018.

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Douglas Carlos NascimentoDATA DO ACIDENTE 05/03/2018 CPF DA VITIMA 343.128.623-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUIR PARENTESCOCOM A VITIMA É Douglas Carlos NascimentoENDEREÇO DO PORTADOR Residencial Vários Vezes o SolNº S/N COMPLEMENTO AD 081 CASA 04 BAIRRO B. URBANOCIDADE TERESINA UF PI CEP 64000.000E-MAIL _____ TELEFONE (86) 9.0402.0725

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO ☒ MORTE = R\$ 13.500,00 ☒ INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 115 DPVAT 0800 022 1204

- MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO CAUENECIO (IM) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VITIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VITIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHIA (A)

- ☐ PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTeira DE TRABALHO OU NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O AJUÁZ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIDADE ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A CITAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHISMO (A) E CÔNJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTeira DE TRABALHO OU NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O AJUÁZ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIDADE ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- ☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHISMO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ô) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 30.10080-92

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

* De ve eul (mari)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geraldo Gomes da Silva

RG nº 2337011, data de expedição 1/1,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 106.880.24726, com
domicílio na cidade de Ilhéus, no Estado de
Bahia, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Qd. 13 Cs. 11 Res. Vences Ver o Sol, nº _____.

complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Douglas Maximino, cujo o condutor ~~era~~ Douglas Maximino.

Veículo: *Moto*
Modelo: *Honda / LG 125 FANKS*
Ano: *2016*
Placa: *91P-0422*
Chassi: *9LZ0L41A0FR219076*
Data do Acidente:
Local e Data: *Tramama, 22/06/18.*

Ido Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO "E" - LIMA VELOSO
5º Ofício de Registro
Rua Barroso, 91/S
Maria do Amparo Portela
Tabelião Público
Teretina

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-P

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: GERALDO GOMES DA SILVA
DOUTOR EM LEI, EM TESTE DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/06/2018.
E-mail: 3.71.70.074@fio100.23@gmail.com ou 91301.480.41797 (F240159)

FRANCISCA JULIANA UCHOA SANTOS - ESCRITENTE



12/09/2018

Rede DPVAT

REDE DPVAT

Responsável: ESCRITORIO PIAUI

Código: #234002

Identificação

Natureza: Invalidez

CPF: 343.128.623-00

Data Nascimento: 04/01/1969

Data Sinistro: 05/03/2018

Nome: DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

Vítima

CEP: 64001-260

Complemento: QUADRA 04 - 14

Logradouro: RES VAMOS VIVER O SOL NAS

Bairro: URBANO

Cidade/UF: Teresina-PI

Sinistro

Data Sinistro: 05/03/2018

UF Ocorrência: PI

Horário:

Cidade Ocorrência: Teresina

Tipo Veículo: 9 - Moto

Pessoas

CPF: 343.128.623-00

Tipo Beneficiário: vítima

Nome Benef.: DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

Data Nascimento: 04/01/1969

Checklist de Documentos

Sinistro

- ☒ Boletim de Ocorrência
- ☒ Certidão de casamento
- ☒ Certidão de nascimento
- ☒ Comprovação de ato declaratório
- ☒ Declaração de inexistência de IML
- ☒ Declaração do Proprietário do Veículo
- ☒ Documentação médico-hospitalar
- ☒ Documento de identificação
- ☒ DUT
- ☒ Laudo do IML - Lesão corporais
- ☒ Outros

Pessoas

DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

- ☒ Autorização de pagamento
- ☒ Comprovante de residência

SABEMI
Rua São Pedro, nº 2071
Sala 405 - Centro Sul - CEP: 64001-260
(86) 3305-7817 - Teresina-PI

5. 3180/37064

SINISTRO 3180545097 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Teresina/PI

BENEFICIÁRIO DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 34312862320

Posição em 29-11-2018 09:34:48

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/11/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
23/11/2018	Aviso de Sinistro	



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180545097**
Vítima: **DOUGLAS CARLOS NASCIMENTO**
Data do Acidente: **05/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180545097**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00023/00024 - carta_04 - INVALIDEZ

00060012



Carta nº 13640502

