

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: Marcos Aurelio dos Santos Moura		Nacionalidade: Brasileiro	
Estado Civil: casado	Profissão: segurança	Carteira de Identidade: 96024031601	
CPF nº: 793.440.973-72	Residência: R. Diamante, S/N, B7297, Apt 104		
Bairro: Parnati	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60868-190

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 20 de dez de 2018.

x Marcos Aurelio dos S. Moura
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Marcos Aurélio dos Santos Moura,
 brasileiro(a), Corado, Segurança, portador da Carteira de Identidade/RG nº
96024031601, e inscrito no CPF/MF sob o nº 793.440.973-72, residente e
 domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Diamante, Bl 297, nº SIN, declaro para os devidos fins
 que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
 processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
 família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 20 de Julho de 2.018.

x Marcos Aurélio dos S. Moura

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 9

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1981 / 2018**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2018 09:28:50**
Data / Hora da Ocorrência: **26/04/2018 17:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VIA EXPRESSA**
Complemento:
Bairro: **COCO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A UM COLEGIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA**
Nascimento: **12/10/1979** CPF: **793.440.973-72**
RG: **96024031601** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSITA DOS SANTOS MOURA**
LUIZ DE CASTRO MOURA
Endereço: **RUA DIAMANTE, 0 BL 1297 AO 104**
Bairro: **PASSARE** CEP: **60.868-190**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98892-7071**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMM4614** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810GR456836** Renavam: **1089675558** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PMM-4614-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. VIA EXPRESSA NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E LOGO A SUA FRENTE, QUANDO FREOU BRUSCAMENTE E PARA A MOTO DA VITIMA QUE VINHA LOGO ATRÁS NAO COLIDIR, ACIONOU OS FREIOS, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR COLEGAS DE TRABALHO, SENDO LEVADA PARA A EMPRESA EM QUE TRABALHA E LOGO DEPOIS FOI POR MEIOS PRÓPRIOS TER ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC. E NADA MAIS DISSE.// OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB. PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Marcos Aurelio dos S. Moura

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Pág. 1 de 2

Impresso em: 09/05/2018, 09:38:33


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1981 / 2018
VISTO DO DELEGADO(A) :
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9




FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento: 1.397.324
 Paciente: Marcos Aurelio Santos Moura
 Segurado: Marcos Aurelio Santos Moura
 Convênio: UNIMED
 Plano: UNIFLEX INDIVIDUAL
 Matrícula: 00630020051049554 Cartão Saúde
 Endereço: Diamante, 103 Passaré apto 1225
 Complemento: apto 1225

Prontuário: 153039
 Idade: 38 anos e 6 meses
 Fone: 988927071
 Val. Carteira: 30/09/2020
 Identidade: 96024031601
 Bairro: Passaré
 Cidade: Fortaleza
 Sexo: Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor: Emergencia-Pronto Socorro
 Atendente: Giulianne Trevia Pessoa
 Especialidade: Traumatologia
 Classificação: Consulta

Medico/Cid: Marcio Bezerra Gadelha Lopes
 Data: 26/04/2018 - Quinta-feira
 Hora: 19:10:19

Queixa Principal: Trauma no braço esq. + Trauma na perna dir.

HDA

PACIENTE RELATA TER SIDO ACIDENTE
 TRAJITO - SIC

PROCEDIMENTO

PACIENTE RELATA QUE NO PUNTO DE
 JOELHO DIFERENTE
 # NEGA TCE, PRIMA NA CONDIÇÃO, NUNCA, LEMBRANDO
 E RX. SÍMPTOMAS DE FURTO
 E CD. TMS TMS LUM + JINXUAXU + LIMPRA M
 ESOTERISMO.

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO NO PUNTO DE JOELHO DIF + ESOTERISMO

Dr. Marcio Bezerra Gadelha Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10.184
 TECT 12042

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

Data	Classe	Médico/Dentista	Anamnese
03/04/2013	Consulta	Dr. Auricelio Fontele Magalhaes	TONTURAS. DRAMIN EV + SF EV.
13/02/2013	Consulta	DR. RICARDO VINICIUS	CONTUSÃO OMBRO ESQ. RX OMBRO ESQ AP/ P.
20/11/2012	Consulta	Dr. Rodrigo Tiburcio Bruno Frota	IVAS. DEXAMETASONA AD EV.

05.867.015/0001-75

UNIÃO DE CLÍNICAS DO CEARÁ LTDA

Av. Aguanambi, 332

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

[Assinatura]

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 interdita 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

Marcos Aurélio dos Santos Moura

CPF da Vítima

793.440.973-72

Data do Acidente

26/04/18

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.

Fortaleza/CE, 08 de Junho de 18

Local e Data

x Marcos Aurélio dos S. Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Atendimento: 240672
Paciente.....: MARCOS AURÉLIO DOS SANTOS MOURA
Solicitante....: Dr.(a) MARCUS HENRIQUE B GADELHA
Data.....: 01/05/2018
Exame.....: 361310 TC ARTICULAR PUNHO (ESQUERDO)
Convênio.....: UNIMED

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHO ESQUERDO

MÉTODO: Obtidas imagens volumétricas pela técnica multislice sem o uso do contraste venoso, com reconstruções multiplanares.

ANÁLISE:

Peças ósseas congruentes e com atenuação normal.

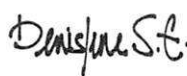
Espaços articulares conservados.

Ausência de corpos livres intra-articulares calcificados.

Não foram identificadas lesões ósseas focais.

Partes moles sem alterações evidentes.

CONCLUSÃO: Exame dentro dos parâmetros da normalidade.



Dra. Denislene S. Eduardo
CRM - 13017

Dr. CARLOS MACEDO

RADIOLOGIA GERAL E INTERVENCIÓNISTA
CRM 8059 | CBR 3999

Dr. HARLEY SILVEIRA

RADIOLOGIA GERAL
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 8557

Dr. KELNNER PORTELA LUZ

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
MEMBRO DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA
CRM 7386

Dr. PABLO PICASSO

RADIOLOGIA GERAL E NEURORADIOLOGIA
CRM 6806 | CBR 7548

Paciente : Marcos Aurelio Santos Moura

Prontuário : 153039

Sexo: M

Idade: 38a 6m 26d

Atendimento: 1.397.324

Convênio: UNIMED

Prescrição: 1778609

Data Exame: 26/04/2018

Solicitante: Marcio Bezerra Gadelha

RX PUNHO ESQUERDO AP/P**LAUDO:**

Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.

Ausência de sinais de fratura.

Partes moles sem alterações.

Nº.INC.....[02]

RX JOELHO DIREITO AP/P**LAUDO:**

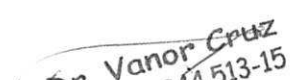
Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.

Superfícies articulares íntegras, com espaços articulares conservados.

Ausência de sinais de fratura.

Partes moles sem alterações.

Nº.INC.....[02]


CPF: 026.244.513-15
CREMEC 2080



FICHA DE ATENDIMENTO

Atendimento 1.397.324
 Paciente Marcos Aurelio Santos Moura
 Segurado Marcos Aurelio Santos Moura
 Convênio UNIMED
 Plano UNIFLEX INDIVIDUAL
 Matrícula 00630020051049554 Cartão Saúde
 Endereço Diamante, 103 Passaré apto 1225
 Complemento apto 1225

Prontuário 153039
 Idade 38 anos e 6 meses
 Fone 988927071
 Val. Carteira 30/09/2020
 Identidade 96024031601
 Bairro Passaré
 Cidade Fortaleza
 Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro
 Atendente Giulianne Trevia Pessoa
 Especialidade Traumatologia
 Classificação Consulta

Médico/Cid Marcio Bezerra Gadelha Lopes
 Data 26/04/2018 - Quinta-feira
 Hora 19:10:19

Queixa Principal Trauma no braço esq. + Trauma na perna dir.

HDA

PACIENTE RELATA TER SIDO ACIDENTE
 TRAJITO - SIC

PROCEDIMENTO

PACIENTE RELATA DOR NO PUNHO ESQ +
 JOELHO DIFER
 # NEGA TCE, PRIMA DE CONCLUSÃO, MÚSCULOS, LIGAM.
 E RX. SÍMPTOMAS DE FURTO
 E CD. TMS TMS LUM + JINTELA + LIMPES M
 ESOTEROTIA.

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO NO PUNHO ESQ + JOELHO DIA + RESONÂNCIA

Dr. Marcus Gadelha
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10.184
 TECT 12042

Dr. Marcio Bezerra Gadelha Lopes (CRM 13984)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

Data	Classe	Médico/Dentista	Anamnese
03/04/2013	Consulta	Dr. Auricelio Fontele Magalhaes	TONTURAS. DRAMIN EV + SF EV.
13/02/2013	Consulta	DR. RICARDO VINICIUS	CONTUSÃO OMBRO ESQ. RX OMBRO ESQ AP/ P.
20/11/2012	Consulta	Dr. Rodrigo Tiburcio Bruno Frota	IVAS. DEXAMETASONA AD EV.

05.867.015/0001-751

UNIAO DE CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332
 FONE: 051 80 055 402

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

[Assinatura]

em 20/07/2018 às 11:28, sob o número 01490936520188060006.0001 e código 39F5A50.



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARCOS AURELIO S MOURA

End. Leitura: RU DIAMANTE, 0, B1297 AP104, PASSARE

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.868-190

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 061

Quadra: 0201

Lote: 0261

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A06S796215	635	646	11	13

DATAS

Leitura Atual: 09/07/2018

Emissão: 20/07/2018

Lacre Água: 54314

Leitura Anterior: 08/06/2018

Próxima Leitura: 08/08/2018

Lacre Esgoto: 259518

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analizadas	554	554	553	552	552
Em conformidade	545	547	543	524	552

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 3 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		28,56	JUL/2017	14	11
ESGOTO		10,73	AGO/2017	14	11
MULTA DE 2%	1/1	1,02	SET/2017	14	11
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,31	OUT/2017	14	11
TARIFA DE CONTINGENCIA	1/1	4,99	NOV/2017	14	11
ACRESC.IMPONT.AGUA	1/1	0,32	DEZ/2017	13	10
TARIFA CONTINGENCIA	1/1	0,09	JAN/2018	13	10
JUROS/MULTA TARIFA	1/1		FEV/2018	13	10
CONTINGENCIA			MAR/2018	15	12
			ABR/2018	15	12
			MAI/2018	13	10
			JUN/2018	12	9

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,44
COFINS	2,20

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	78,90
VALOR DO SUBSÍDIO	32,88
VALOR TOTAL A PAGAR	46,02

MÊS/ANO

07/2018

VENCIMENTO

01/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,02

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na ouvidoria Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h** e **13h às 17h**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 285 1919** - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3838**.

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004564189

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2018

Local: 001

Setor: 61

Quadra: 0201

Lote: 0261

Comp: 0001

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 01/08/2018

Total (R\$): 46,02

82630000000-5 46020009200-1 00456418901-9 02006431025-1



EMISSION : ATENDIMENTO VIRTUAL20/07/2018 10:55:42



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA**

Nº Sinistro: **3180271575**

Vitima: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **DANIEL WIRLEY FLOR MARCELINO DE LIMA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180271575**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/04/2018**. 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

Carta nº 12997504





Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA**

Nº Sinistro: **3180271575**

Vitima: **MARCOS AURELIO DOS SANTOS MOURA**

Data do Acidente: **26/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANIEL WIRLEY FLOR MARCELINO DE LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180271575**.

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

Carta nº 12968719

