



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** João Luiz de Lima Junior  
Brasileiro(a), estado civil Solteiro Profissão Autônomo RG nº 569164  
expedido por SSP CPF 038344034-31 residente e  
domiciliado Rua Gen. Valdeanes  
Bairro Lampo Grande Cidade Camaragibe CEP 54440-00

**OUTORGADO:** JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira,  
solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av.  
Fagundes Varela, 988, SALAS 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE.

**PODERES:** Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium" prevista no  
Art. 38 do Código de Processo Civil, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em  
qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer,  
contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, desistir, recorrer, transigir, firmar  
acordos e compromissos, desarquivar processos, agravar de instrumento e de petição,  
arguir exceção, formular recursos extraordinários e inominados, acompanhar andamento  
de processo, apresentar contra-razões, levantar, requerer ou receber Alvará Judicial,  
para dar quitação e transigir, podendo ainda substabelecer, em parte ou no todo, com ou  
sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são  
outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que  
se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais  
despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

João Luiz de Lima Junior  
Outorgante



## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Jose Luiz de Lima Junior

RG 5659161, CPF 03834403431

Residente na Rua Gov. Cabedanos, Bairro Coque Alegre

Cidade Laranjeiras, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 05 de Setembro de 2018

Jose Luiz de Lima Junior

Assinatura do Declarante







Empresa de Serviço Público criada pela Lei 18.441 de 28/06/92  
 APROVEDORA DE ENERGIA ELÉTRICA

Av. 2009, Torre B, São Paulo - CEP 05000-002  
 Tel. 0800-045-000 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE  
 CRISTIANA MARCA DA SILVA MARTINS

ÍNDICE DA UNIDADE COMERCIAL  
 PARA O VILAGEARES 7111

CPF: 002.471.074-20/NIS: 0048044296

CARGO ALÍQUOTA ANUIDADE DE  
 CARGA DE DEBE  
 5477,05%

CLASSIFICAÇÃO  
 R1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COM NS  
 Mensal

DATA DE VENCIMENTO: 11/2017  
 VALOR DE VENCIMENTO: 22117,017  
 DATA DE EMISSÃO: 16/12/2017  
 VALOR: 7,88

UNIDADE COMERCIAL	DEB	PERÍODO
0018878E	000000	10/11/2017
APRESENTAÇÃO	UNIDADE COMERCIAL	PERÍODO
10/11/2017	0018878E	10/11/2017

RESUMO DA BILANCIADA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo até 200 kWh	20.000.000	11,72/1600	234,40
Consumo de 200 a 300 kWh	10.000.000	0,2079/1600	20,79
Consumo de 300 a 400 kWh	2.400.000	0,4488/1600	10,58
Consumo de 400 a 500 kWh			3,28
Consumo de 500 a 600 kWh			2,27
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>27,60</b>

DEBORA FALCÃO DE SAUTOMOS DE PAZOLA FIDEL

CPF	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	POSTERIOR	DATA	CONSTANTE	DATA	COMISSÃO
00122888	AC	10/11/2017	000000	10/11/2017	000000	10/11/2017	10000		10000





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

**Certidão nº 2015APH000052 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR, 33 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 5659161 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 038.344.034-31, residente à RUA GOVERNADOR VALADARES, nº 28, , ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/11/2014, por volta das 00:07 hs, no endereço: AV BELMIRO CORREIA, S/N, BELA VISTA SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA TITAN, PRATA, KJM-7599-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR, inscrito sob o CPF nº 038.344.034-31 e Registro Geral nº 5659161, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 7100252-6 WEUDA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, Registrado(a) com o prontuário nº 776696. Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO, registro NÃO INFORMADO. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 06/07/2015

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2015.4P11000052*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Data do Atendimento: 24/11/2015 Hora: 07:38:38 PRONTUÁRIO: 302289  
No. Atendimento: 812126 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: SUYANECS  
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR  
Data de Nascimento: 20/3/1981 Idade: 34 Anos, 8 Meses e 4 Dias C.I.L.:  
Pais ou responsáveis: MARIA JOSE DIAS DE LIMA UPA CAXANGÁ  
Endereço: RUA GOVERNADOR VALADARES, 28 - JOAO PAULO III - 54777050 RAIO X  
Cidade: CAMARAGIBE Tel.: 81 83304121 TIPO: Mão  
HORA: 09:30  
ASS: [assinatura] Temperatura: °  
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg

QPD / HDA: Trauma punho direito  
Refere dor e inchaço

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO: Contusões punho direito

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: Rp punho direito  
Imobilização  
Paracetamol 1 fp 100mg  
Dexametasona 1 fp 4mg

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 30/01

\*Destino do Paciente: ( )Alta para casa ( )Ecominamento ao Ambulatório ( )Internamento  
( )Transferência para outra Unidade ( )Óbito ( )Outro:

\*Condição de Saúde do Paciente: ( )Melhorado ( )Inalterado ( )Piorado

[assinatura]  
Médico - Carimbo e Assinatura



# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 24/11/2015 07:02

Nome Paciente:	JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	20/03/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	34
Senha:	S0046
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

**UPA24h**  
UPA CAXANGA 24 HS  
Claydeon Santos  
Arguista - Mai. 1984

Período: 24/11/2015 07:32 - 24/11/2015 07:33

ELIZANGELA MONTEIRO DA ROCHA BARBOSA - COREN: 011990 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	<b>NÃO URGENTE</b>
Cor:	<b>VERDE</b>
Queixa Principal:	TRAUMA EM MSD
Observação:	NEGA DM HAS NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELIZANGELA MONTEIRO DA ROCHA BARBOSA - COREN: 011990 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2015 07:33







**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR

1. Ocorrência da Emergência: 177085

1.1 - Atendimento em: 17/11/2014

1.2 - Às 00 horas e 56 minutos:

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 776696

2.1 - Internado em: 17/11/2014

2.2 - Alta em: 18/11/2014

3. Hipótese Diagnóstica: FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA.

4. Tratamento: DESBRINDAMENTO + LAVAGEM COM SF 0,5% + SUTURA + CURRATIVO.

5. Observação: 5:1 AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE, REFERENCIA A ACIDENTE DE MOTO.

DATA: 9.3.2015  
HORA: 9:42:52  
PASTA: 01.02.2015  
CP  
TSL

  
Dr. Carlos Paratyba

Dr. Carlos Paratyba  
SDC - CREMEPE: 9526  
Mat. 058123





Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: *Jose Luiz de Lima Junior* **02 (DUAS) VIAS**  
 NOME DA MÃE: *Marys Jordias de Lima* CARTÃO SUS:  
 CLÍNICA: ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: *776694*  
 DATA DE NASCIMENTO: *21/01/1981* IDADE: *33* PESO: ALTURA: SEXO:  F  M

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
*ferimento na mão d*

COMORBIDADE

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Artroscopia*

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):  
*Artroscopia*

DATA DA INTERNAÇÃO: *17.11.2014* DATA DA ALTA: *18.11.2014* DIAS DE INTERNAÇÃO: *01*

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: CARIMBO/REVISOR/FATURAM

CÓD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍC
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  NUTRIÇÃO PARENTERAL  USO DE ÓRTESE E PRÓTESE  
 DIÁRIA DE UTI  USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  HEMODIÁLISE  
 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  USO DE OXIGÊNIO

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**  
 ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS  
*Paciente submetido a sutura de ferimento na mão d*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *ferimento na mão d*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  ÓBITO:  
 OUTROS  IML  SVO  BO.

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:  
*Ampliar o pr. de medicação de seu bairro*

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

*18.11.2014*  
 DATA MÉDICO RESPONSÁVEL  
 ASSINATURA CARIMBO CRM



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

Atendimento: 177 213



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR		ATENDIMENTO: 177089	Prontuário: 776696
Data Nasc.: 20/03/1981	Idade: 33	Sexo: MASCULINO	Cor:
CPF:	RG:	CNS:	
Endereço: GOVER. ADOR VALADARES			Nº: 28
Bairro: ALBERTO MAIA	Cidade: CAMARAGIBE		Estado: PE
CEP: 54780035	Fone: 83304121	Profissão:	
Nome da Mãe: MARIA JOSE DIAS DE LIMA			
Acompanhante:			
Nome do Conjuge:			
Local de Procedência: VIA URBANA			
Clínica: CIRURGIA GERAL			

Ocorrência: AUT POR ENFER; ZENAIDE MARIA PEREIRA DA SILVA BARROS- AR;656- SD- WELDA

Acidente de Trabalho: Sim  Não

**2 - ATENDIMENTO DATA 17/11/2014 HORA: 00:56 h Médico:**

Queixa Principal / HDA: *paciente sempre vítima de acidente metabólico, não se lembra de como ocorreu e no momento está com náuseas e vômitos.*

**História do Trauma**

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:	
Última de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte Realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Observações:

**Exame Físico:**

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: Cº

*Exame físico sem alterações significativas.*

**R: Respiratório**

*R: sem alterações.*

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm

*C: sem alterações.*

<b>D: Exames Neurológico</b>	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

*D: sem alterações.*





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

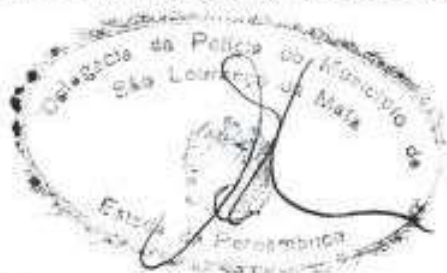


<b>E: Abdômen</b>	
Diagnóstico Inicial: <i>Doença aguda do abdômen</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>1) D. p. - 02 ur + 40 ur 2) Creatinina 29 + 40 ur 3) SAs 500 ur + 13 ur em 29 dias</i>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos <i>1) Evolução da litíase renal</i>	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem: <i>SF 500 ur</i>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	Condição de Alta:
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
<b>Informação do Serviço Social</b>	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	Assist. Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	
Observações:	
<b>Autorização para Alta / Internamento / Transferência</b>	
Médico: _____ CRM/CRO: _____	Data: _____ Hora: _____
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento :</b>	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
<b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :</b>	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 17/11/2014 00:54 h IARAPS	Impressão: 17/11/2014 00:54 h IARAPS

TACA BOTA BILATERAL (MOC DEUS PÓI)

Médico





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

24/11/2017, 08:14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º. **17E0128003926**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/11/2017** às **09:28**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **17/11/2014** às **23:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, BELMIRO CORREIA - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
ALEXANDRE DE AMARANTES DA SILVA (OUTRO )  
JOSÉ LUIZ DE LIMA JÚNIOR (VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSÉ LUIZ DE LIMA JUNIOR

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**JOSÉ LUIZ DE LIMA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DIAS DE LIMA Pai: JOSÉ LUIZ DE LIMA Data de Nascimento: 20/3/1981 Naturalidade: CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ALBERTO MAIA (BAIRRO), 28, RUA GOVERNADOR VALADARES - CEP: 56098-800 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ALEXANDRE DE AMARANTES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTO KJM7501 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRE DE AMARANTES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ LUIZ DE LIMA JUNIOR**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJM7599** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JG38201R100030**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. JOSÉ LUIZ DE LIMA JUNIOR RELATANDO QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO ACIMA CITADA NA AV BELMIRO CORREIA QUANDO UM VEÍCULO DESCONHECIDO ENTROU BRUSCAMENTE EM SUA FRENTE CAUSANDO SUA QUEDA, QUE FRATUROU A MÃO DIREITA E OS DOIS PÉS. SEM MAIS NADA A RELATAR, ENCERRO ESTA OCORRÊNCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ LUIZ DE LIMA JUNIOR  
(VITIMA)

*José Luiz de Lima Junior*

B.O. registrado por: **ANTONIO APARECIDO QUEIROS DA SILVA** - Matrícula:  
**221532-2**



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR

Nº Sinistro: 3170633615  
Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA JUNIOR  
Data do Acidente: 17/11/2014  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170633616**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00245100242 - carta\_18 - INVALIDEZ

00010121



Carta nº 12904214

