

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01821949-8** em **20/01/2021 14:59:13**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0271338-10.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.21.01821949-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 20/01/2021 14:59:13

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2776494_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2776494_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-18.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200278716

Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 04/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200278716 **Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA**

Data do Acidente: 04/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

426.932.683-20.

4 - Nome completo da vítima:

Dijaci Barbosa de Souza.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 905/2012

5 - Nome completo: Dijaci Barbosa de Souza. 6 - CPF: 426.932.683-20.
 7 - Profissão: autônomo. 8 - Endereço: Rua Ricardo Pontes. 9 - Número: 928. 10 - Complemento: 85 A
 11 - Bairro: Parque Gonçalves. 12 - Cidade: Fortaleza. 13 - Estado: CE. 14 - CEP: 60.531-020.
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDO): 8598422-3351.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR).

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3887

3

CONTA: 59315

(X)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

Se tem filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (na barriga)?

 Sim Não

31 - Vítima

deve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tiver irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 05 de agosto de 2000.

11/08/00

00/00/00

00/00/00

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020363404



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 837 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 16/06/2020 13:58:55
Data / Hora da Ocorrência: 04/05/2020 12:00:00
Endereço da Ocorrência: AV A, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: DIJACI BARBOSA DE SOUZA
Nascimento: 07/08/1966 CPF:
RG: 91002188906 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE
Filiação: MARIA ONÉZIA DE SOUZA
JOÃO BATISTA DE SOUZA
Endereço: RUA RICARDO PONTES , 928
Bairro: GENIBAU
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 98983-3645

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NZI1149 Uf: BA Município: SANTO AMARO Chassi:
9C6KG0460C0038053 Renavam: 386958378 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FAZER YS250 Ano
Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:
ROXA Proprietário: FABIO SANTANA GOMES Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA NA GARUPA DE UMA MOTO DE PLACA NZI-1149 QUE ERA PILOTADA POR DIEGO MESQUITA BARBOSA CNH NUMERO 05533938810, TRAFEGAVAM NA AV. A QUANDO UM CARRO COLIDIU COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE. ////////////
OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

426.932.683-20.

4 - Nome completo da vítima:

Dijaci Barbosa de Souza.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 905/2012

5 - Nome completo: Dijaci Barbosa de Souza. 6 - CPF: 426.932.683-20.
 7 - Profissão: autônomo. 8 - Endereço: Rua Ricardo Pontes. 9 - Número: 928. 10 - Complemento: 85 A
 11 - Bairro: Parque Gonçalves. 12 - Cidade: Fortaleza. 13 - Estado: CE. 14 - CEP: 60.531-020.
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDO): 8598422-3351.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR).

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil.

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3887

3

CONTA: 59315

(X)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

Se tem filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (na barriga)?

 Sim Não

31 - Vítima

deve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tiver irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 05 de agosto de 2000.

11/08/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

00/00/00

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: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 00000059315-X

Nr. da Autenticação 47F69E31F0D8A217

Nº do Cliente:

9931436

A Tarifa Social da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
do 26 de abril de 2002

ene

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 064184086

Rota FOK13U13 - 295800 Referência 05/2020
Nome DIJACI BARBOSA DE SOUZA
Endereço RU RICARDO PONTES, 00928 - 00928 CS A, PARQUE
Classificação GENIBAU, 60534-020, FORTALEZA
Modalidade Tarifária Residencial Pleno
Ligaçāo Monofásico Emissão 20/05/2020
Medidor 4868690-ELO-446

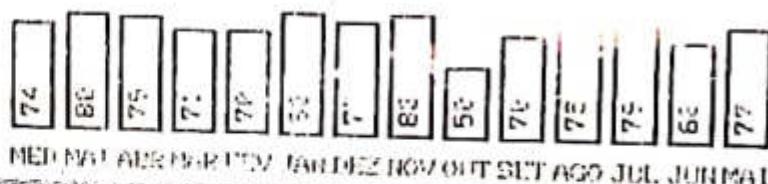
ÁREA RESERVADA AO FISCO

CC0077FAB3721AF7CEDFBA8AD4E6EDBC

DATAS DE LEITURA

P. F.: 32 dias
Anterior 18/04/2020 Atual 20/05/2020 Proximprevista 19/06/2020

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inci. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	5.884	5.804	1,00	80	00	80	0,77038	61,63

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
COB ASSIST RESIDENCIAL BASICA	0,77038	4,53
PARCELAMENTO NORMAL 6/6	0,0560	61,63
	-	15,99
	-	43,47

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200278716 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 04/05/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO
FRATURA DA BASE DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2,8)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - BA N° 0138800000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 00386959328 2017

NOME
FABIO SANTANA GOMES

MOTOR: G370E-03B004

CPF / CNPJ PLACA
045.636.505-28 NZI 1149

PLACA ANT / UF CHASSI
N21149/BA 9C6KG0460C0038053

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO

MARCA / MODELO AND FAB. SIG. MOD.
...AH-1500-VS00 2011 2012

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
002P / 0249 PARTIC ROXA

I P V A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA PAGO	VENC / COTAS 1*****
	FAIXA I.PVA. 026502	PARCELAMENTO / COTAS *****	2***** 3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO -
PAGO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES _____

Lúcio Sones Barros Pereira
Diretor geral

Director Geral DATA _____

LOCAL Director Geral DATA
STO AMARO BA 01/11/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

BA N° 013860028846 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguraderalider.com.br

SAC DPVAT 0300 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017-Q /11/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
045-635-505-287 NZI-1143

RENAVAM MARCA / MODELO
0038/958326 YAMAHA FAZER YSR30

ANO/FAB	DATA	Nº CHASSI
2011	09	9C6KG0460C00038053

PRÊMIO TARIEÁBIO

FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 4,85

PAGAMENTO **COTA ÚNICA** **DATA DE QUITAÇÃO** **31/12/2017**

SEGURADORA LÍDER - PRVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

SEGURADORAS E COOPERATIVAS DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO TRANSPORTADAS, SEGURO DPVAT

BA Nº 013860028846 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0300 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

11/2017

VIA

CPF/CNPJ

045.636.505-29

PLACA

NZI-1149

PENAVAM

MARCA/MODELO

00084958376

YAMAHA/FAZER Y525Q

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2011

09

9C6KG0460C00038053

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81,29

DENATRAN (R\$)

9,09

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

0,70

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

185,50

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.000/0001-04

OUT/2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218765/20

Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

CPF: 426.932.683-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DIJACI BARBOSA DE SOUZA : 426.932.683-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/08/2020
Nome: DIJACI BARBOSA DE SOUZA
CPF: 426.932.683-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200278716.

Data da solicitação: 24/08/2020.
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Dijacu Barbosa de Souza.

CPF do beneficiário: 426.932.683-20.

Nome do solicitante: Dijacu Barbosa de Souza.

CPF do solicitante: 426.932.683-20.

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9.8422.3357

Tel. Comercial: (0800)

Tel. Residencial: (0800)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo de IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: Suspe.

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através desta, solicitar uma reanálise médica presencial, pois desde o meu acidente estou com sequelas permanentes.

Fortaleza, 24 de agosto de 2020.

Local e Data

DIJACU BARBOSA SOUZA

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, mandar escutar, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).

Dados da Reclamação

Protocolo:
2463582/2020

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
24/08/2020 13:45:24

Dados do reclamante

Segurado:
DIJACI BARBOSA DE SOUZA

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
426.932.683-20

Formas de contato

E-mail:
d.Lopessilva86@Gmail.Com

Telefone:
(85) 99229-6381

Endereço:
Rua John Lennon, 550, Messejana

Bairro:
Messejana

CEP:
60.841-670

Cidade:
Fortaleza

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO ATRAVES DESTE ORGÃO, SOLICITAR UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL, POIS SOFRI UM ACIDENTE DE TRANSITO NO QUAL FIQUEI COM SEQUELAS IRREVERSIVEIS, FIZ VARIAS CIRUGIAS NO MEU PUNHO E NA MINHA PERNAS. ENVIE TODOS OS DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA SEGURADORA LIDER (PRONTUARIO DE ATENDIMENTO, RELATORIO MEDICO E CIRURGICO, RAIOS X, LAUDO) E MESMO ASSIM A SEGURADORA ME NEGOU O DIREITO DE FAZER UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL PARA QUE SEJA COMPROVADO MINHAS SEQUELAS E ASSIM SER PAGO O VALOR CORRETO DA MINHA INDENIZAÇÃO. AGUARDO

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200278716	

Encaminhamentos	Atendente	Data
<p>E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep. para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui</p>		24/08/2020 13:45:24

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

E-mail enviado para d.Lopessilva86@gmail.com

24/08/2020 13:45:24

Texto:
Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENUNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

O requerimento e a documentação podem ser encaminhados via peticionamento eletrônico, conforme orientações contidas no site da SUSEP, em CIDADÃO > Usuário Externo - SEI.

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prespcionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro - Sede
Av. Presidente Vargas, 730 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo - SP - CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 - BL.K - 13º andar - Ed.
Seguradora
Brasília - DF - CEP: 70093-900

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O
NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.
Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218765/20

Número do Sinistro: 3200278716

Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

CPF: 426.932.683-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: DIJACI BARBOSA DE SOUZA
CPF: 426.932.683-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218765/20

Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

CPF: 426.932.683-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DIJACI BARBOSA DE SOUZA : 426.932.683-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/08/2020
Nome: DIJACI BARBOSA DE SOUZA
CPF: 426.932.683-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA