
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



Rio de Janeiro, 23 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: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **DIJACI BARBOSA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000003887-3**

Conta: **0000059315-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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: ☐ DADS (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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

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: CS A
11 - Bairro: Parque Genibau 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.534-020
15 - E-mail: 8598422.3357

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 3887 3 CONTA: 59315 ☒

(Informar o dígito se existir) (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML 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 IML, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso venha a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 05 de agosto de 2020.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Dijaci Barbosa de Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: **DIJACÍ 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 SANT ANA 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 DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DIJACÍ BARBOSA DE SOUZA

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

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: CS A
11 - Bairro: Parque Genibau 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.534-020
15 - E-mail: 8598422.3357

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 3887 3 CONTA: 59315 ☒

(Informar o dígito se existir) (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML 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 IML, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso venha a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 05 de agosto de 2020.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Dijaci Barbosa de Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 000000059315-X

Nr. da Autenticação 47F69E31F0D8A217

Nº do Cliente:

9931436

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

ene

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

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
GENIBAU, 60534-020, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 20/05/2020

Medidor 4868690-EL0-446

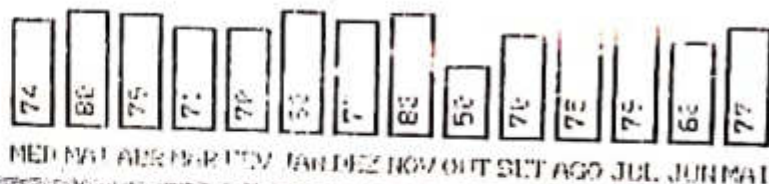
ÁREA RESERVADA AO FISCO

000077FAB3721AF7CEDFBA8AD4E6ED8C

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 32 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
18/04/2020	20/05/2020	19/06/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

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

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO
COB ASSIST RESIDENCIA BASICA
PARCELAMENTO NORMAL 6/6

TARIFA

VALOR (R\$)

0,77038

4,53
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

Valoração 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

DETRAN - BA

Nº 013860028846

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00386958378 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
FABIO SANT-ANA GOMES

MOTOR G370E-03B004

CPF / CNPJ 045.635.505-28 PLACA NZI1149

PLACA ANT / UF NZI1149/BA CHASSI 9C6KG0460C0038053

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA FAZER VRS50 ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
***** PAGO 1*****

FADA LPVA 026502 PARCELAMENTO / COTAS 2*****
3*****

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

GEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Lúcio Gomes Barros Pereira
Diretor Geral

LOCAL STO AMARO, BA DATA 01/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - 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 045.635.505-28 CPF / CNPJ PLACA NZI1149

RENAVAM 00386958378 MARCA / MODELO YAMAHA FAZER VRS50

ANO FAB 2011 ANO MOD 09 Nº CHASSI 9C6KG0460C0038053

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81,29 DENATRAN (R\$) 9,03 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 09.248.608/0001-04

OUT / 2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE 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

DATA EMISSÃO

2017 01/11/2017

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

045.835.505-28

NZ11149

RENAVAM

MARCA / MODELO

00286958378

YAMAHA / FAZER Y5250

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2011

09

9C6KG0460C0038053

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81,29

DENATRAN (R\$)

9,03

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

DATA DE QUITAÇÃO



COTA ÚNICA



PARCELADO

31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.800/0001-04

OUT / 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218765/20

Vítima: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

CPF: 426.932.683-20

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 04/05/2020

Titular do CPF: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

CPF de: Próprio

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

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 0800-1596 / 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 06
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: Dejaci Barbosa de Souza.

CPF do beneficiário: 426.932.683-20.

Nome do solicitante: Dejaci Barbosa de Souza.

CPF do solicitante: 426.932.683-20.

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9.8422.3357

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: *

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: Susup.

(DESCREVER)

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

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

Fortaleza, 24 de agosto de 2020.

Local e Data
24/08/2020
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os utilizados, 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:

Quão alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a 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 ORGAO, 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 PERNA. ENVIE TODOS OS DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA SEGURADORA LIDER (PRONTUARIO DE ATENDIMENTO, RELATORIO MEDICO E CIRURGICO, RAO 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
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		24/08/2020 13:45:24

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

24/08/2020 13:45:24

E-mail enviado para d.Lopessilva86@Gmail.Com

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 DENÚNCIA 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 prescricionais 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

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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