

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2320468020190430114327**

### Processo 0808219-59.2019.8.23.0010 - (41 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> <b>Realçar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência					
<b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> <b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					

16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
16	30/04/2019 11:43:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2581012ELABORAR 16.1 Arquivo: DOCS FILHOJOAO ALVES BARBOSA MANIFESTACAO SOBRE Público FILHO, DOCSAnexo01.PDF	
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2581012ELABORAR 16.2 Arquivo: Petição FILHOJOAO ALVES BARBOSA MANIFESTACAO SOBRE Público FILHO, DOCS01.PDF	
15	16/04/2019 09:37:21	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA 2581012PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF Público 15.1 Arquivo: Petição ALVES BARBOSA FILHO,	
14	12/04/2019 10:21:31	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 12/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 11.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
13	12/04/2019 10:08:06	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de SERGIO VIANNA) em 12/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 12.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
12	12/04/2019 09:48:38	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de SERGIO VIANNA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciário
11	12/04/2019 09:48:38	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciário
10	12/04/2019 09:48:25	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08082195920198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SERGIO VIANNA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de abril de 2019.

**SIVIRINO PAULI  
101-B - OAB/RR**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO VIANNA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010081640-1

---

Nr. da Autenticação 3D6F359D19FB9095



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 28 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190163993**

**Data do Acidente: 24/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SERGIO VIANNA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar:  $17.50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.362,50

Recebedor: SERGIO VIANNA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010081640-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  292.510.792-34 Nome completo da vítima:  Sérgio Viana

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/5/2012

Nome completo:  Sérgio Viana CPF:  292.510.792-34  
 Profissão:  motorista Número:  3507 Complemento:   
 Endereço:  Av. Raimundo Rodrigues Coelho  
 Bairro:  Senador Helio Lamego Cidade:  Boa Vista Estado:  RR  
 E-mail:  CEP:  69.316-392 Tel.(DDD):

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  0250

CONTA:  81.640

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:  25 JAN 2019

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou
			Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	nascituro (vai nascer)?			pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.							

Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:  Boa Vista, 24/01/2019  
 Nome:   
 CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190067363      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SERGIO VIANNA      **Data do acidente:** 24/10/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA EM TÍBIA - E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00