

# 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)

### Realces

Realçar  
Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro  
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar  
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem  
Arquivo

☐ Hab.  
Provisória

### Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor de Justiça

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	16	30/04/2019 11:43:27 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
16.1 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, DOCSAnexo01.PDF	Público
16.2 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, DOCS01.PDF	Público
<input type="checkbox"/>	15	16/04/2019 09:37:21 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (12/04/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
15.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2581012PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF	Público
14	12/04/2019 10:21:31	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (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	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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
<input type="checkbox"/>	10	12/04/2019 09:48:25 JUNTADA DE CERTIDÃO	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª 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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190163993

Vítima: SERGIO VIANNA

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% x 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, 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](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 ASI: \_\_\_\_\_ 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 Endereço: Av. Raimundo Rodrigues Coelho Número: 3507 Complemento: Casa

Bairro: Imador Helio Camp Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.316-392

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 OPÇÃO 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)

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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

# 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