

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: 2380632620190619161117

Processo 0815025-13.2019.8.23.0010 ☆ - (33 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)
<div>Resizes</div> <div>Realçar Movimentos de: <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</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <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</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
16	19/06/2019 16:11:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
		16.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2604067ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF	Público
		16.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2604067ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF	Público
15	12/06/2019 00:10:28	DECORRIDO PRAZO DE MARCOND DE SOUSA MELO GOMES (P/ advgs. de MARCOND DE SOUSA MELO GOMES *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
14	07/06/2019 14:04:07	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARCOND DE SOUSA MELO GOMES) em 07/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/06/2019) e ao evento de expedição seq. 13.		PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado	
13	07/06/2019 08:26:30	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARCOND DE SOUSA MELO GOMES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/06/2019)		REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO Analista Judiciário	
12	07/06/2019 08:26:24	JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO		REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO Analista Judiciário	
11	05/06/2019 17:10:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
10	21/05/2019 15:29:42	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARCOND DE SOUSA MELO GOMES) em 21/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.		PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado	
9	21/05/2019 11:37:01	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/05/2019 referente ao evento de expedição seq. 8.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
8	20/05/2019 09:29:51	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis		MOISES TELES JESUS NETO Analista Judiciário	
7	20/05/2019 09:27:40	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARCOND DE SOUSA MELO GOMES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019)		MOISES TELES JESUS NETO Analista Judiciário	
6	17/05/2019 14:23:48	CONCEDIDO O PEDIDO		BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado	
5	16/05/2019 17:17:12	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		SISTEMA CNJ	
4	16/05/2019 17:17:12	RECEBIDOS OS AUTOS		SISTEMA CNJ	
3	16/05/2019 17:17:12	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
2	16/05/2019 17:17:12	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
1	16/05/2019 17:17:12	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08150251320198230010

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 **MARCOND DE SOUSA MELO GOMES**, 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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 17 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOND DE SOUSA MELO GOMES**

Nº Sinistro: **3180068173**

Vitima: **MARCOND DE SOUSA MELO GOMES**

Data do Acidente: **13/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO NONATO SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180068173**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Carta nº 12367898



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: 13/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000063405-8

Nr. da Autenticação 8E437C94800A113D



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem a liberação de crédito de pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2018

SEGURADORA LIDER

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

814.771.552-87

Nome completo da vítima

MARCOND DE SOUSA M. GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARCOND DE SOUSA MELLO GOMES	CPF titular da conta	814.771.552-87	Profissão	RECLUSO
Endereço	AV. JACEL KARRADA	Número	1374	Complemento	1
Bairro	CAUPEMÊ	Cidade	BOA VISTA	Estado	RR
E-mail	monato.silva.638@gmail.com	CEP	69 311-091	Telefone (DDD)	95 991144021

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3023 (Informar dígito se existir)	D.V. <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. 00063 405 (Informar dígito se existir)	D.V. 8 (Informar dígito se existir)
Banco Nome		Banco NRO.	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
D.V.		D.V.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 25 de JANEIRO de 2018

Local e Data

MARCOND DE SOUSA M. GOMES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG. CRUVIANA

DATA: 25/01/2018

HORA: 13:53:36

TERMINAL: 39061001

CONTROLE: 390610010159

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3027.013.00063405-8

NOME: MARC O S MELO GOMES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 3015641869

NÚMERO DE CONTROLE: 025235964

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELÃO E REGISTRADOR
AVENIDA VILLY ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR
TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO SEMELHANTE a(s) assinatura(s)

[00pq5eU0]-SILVANA JOSE DA SILVA

LAAF. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 23/10/2017

Emot: 2,35; FUNDEJURR: 0,24; FISCALIZAÇÃO: 0,12; FECON: 0,12; TOTAL: 2,81

EDI SEVERINO DE SOUSA JUNIOR-TABELÃO E REGISTRADOR

PROCURAÇÃO ESPECÍFICA

Eu, YANA CRISTINA DA SILVA BORGES, brasileiro(a), estado civil _____, Portado(a) do RG nº 457300-5, e inscrito(a) no CPF nº 035.607212-61, residente e domicílio na Rua: JUIZ MAXIMINO TEIXEIRA nº 982, Bairro: S.H.C, tel. _____, nomeio e constituo

como meu **PROCURADOR** o SRº Raimundo Nonato Silva, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 357035-5 SSP/RR, com emissão no dia 07/01/2014 e inscrito no CPF nº 475.628.463-91, residente na Rua 05, nº 121, Bairro: Cidade Satélite, município de Boa Vista-RR. Podendo representar-me junto ao **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA (HGR/SAME), PCS- POLICLINICA COSME E SILVA, HOSPITAL DA CRIANÇA (HOSPITAL SANTO ANTONIO), PARA SOLICITAR E RECEBER MEU PRONTUARIO MEDICO HOSPITALAR E GUIA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO (SAMU/RESGATE).**

JUNTO A (DAT) DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, PARA SOLICITAR E PEGAR SEGUNDA VIA DE BOLETIM DE OCORRENCIA, XEROX DO LAUDO DO IML, RETIRAR A GUIA DE CORPO DE DELITO, PARA SOLICITAR E RECEBER O ROP JUNTO A POLICIA MILITAR, usando dos mais variados poderes em direito permitido e indispensáveis para o fiel cumprimento deste junto a estes ORGÃOS.

Boa Vista- RR, ____ de _____ de _____

Yana Cristina da Silva Borges

OUTORGANTE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180068173 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOND DE SOUSA MELO GOMES **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA

Descrição do exame médico pericial: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E DESVIO, GERANDO LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS E PREJUÍZO FUNCIONAL A TODO O MEMBRO SUPERIOR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. OBTVEU ALTA DEFINITIVA EM JULHO DE 2017 COM AS SEQUELAS ACIMA E SEM NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIANE BALLESTER MELLEM KAIRALA

CRM do médico: 110984

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180068173

Nome do(a) Examinado(a): MARCOND DE SOUSA MELO GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): AVENIDA Jael Barradas, 1374 - Boa Vista/RR - CEP 69311-091

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 221031 - SSP-RR

Data e Local do Acidente : 13/04/2017 - RUA 16 COM RUA RUI BARUANA-BAIRRO UNIÃO-BOA VISTA- RR

Data e Local do Exame : 20/02/2018 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA COM DESVIO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE TIPOIA POR DOIS MESES, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JULHO DE 2017

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Presença de alteração anatomica decorrente de consolidação viciosa + leve limitação dos movimentos de elevação e abdução do MSE

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MSE DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro Superior Esquerdo

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR