

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: 2405036720190712164911

Processo 0817387-85.2019.8.23.0010 ☆ - (36 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>					
15 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 15					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
[-]	15	12/07/2019 16:49:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	15.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2613109ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF	Público
	15.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2613109ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF	Público
	14	26/06/2019 09:28:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ONILDO MARIA DE SOUSA ) em 26/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE CERTIDÃO (26/06/2019) e ao evento de expedição seq. 13.	MARLON TAVARES DANTAS Advogado	
	13	26/06/2019 08:29:49	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ONILDO MARIA DE SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (26/06/2019)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciário	
[+]	12	26/06/2019 08:29:43	JUNTADA DE CERTIDÃO	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciário	
	11	25/06/2019 00:00:45	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ONILDO MARIA DE SOUSA ) em 24/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (06/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ	
[+]	10	18/06/2019 16:17:07	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	9	14/06/2019 11:43:26	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/06/2019 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
[+]	8	14/06/2019 09:01:32	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciário	
	7	14/06/2019 08:58:22	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ONILDO MARIA DE SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (06/06/2019)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciário	
[+]	6	06/06/2019 11:48:44	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado	
	5	06/06/2019 11:43:01	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	06/06/2019 11:43:00	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	06/06/2019 11:43:00	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ	
[+]			Registro de Distribuição		
	2	06/06/2019 11:43:00	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ	
			3ª Vara Cível		
	1	06/06/2019 11:42:59	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08173878520198230010

**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 **ONILDO MARIA DE SOUSA**, 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, 9 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO I



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

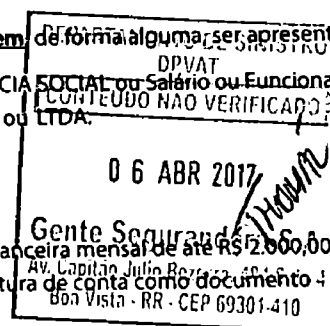
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ornilde Maria de Sousa  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 301677-3 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 12/09/2017 E  
 CPF 926498312-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO log. externo  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ornilde Maria de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3027 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20863-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Vista/RR 21 de Marco de 2017 Ornilde Maria de Sousa  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 ABR 2017

Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

# 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: 9.26.498.312-00 Nome completo da vítima: Onildo Maria de Sousa

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Onildo Maria de Sousa CPF: 9.26.498.312-00  
Profissão: autônomo Endereço: Rua Cidade Cascavel Número: 201 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Equatorial Cidade: Boa Vista Estado: PR CEP: 69.317-328  
E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com Tel (DDD): (95) 99117-5312

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: 3027 CONTA: 20863 6  
(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 ou não de invalidez permanente 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.

Local e Data: Boa Vista, PR 13.02.2019  
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

(\*) 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.

# 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: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ONILDO MARIA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000020863-6

---

Nr. da Autenticação 0E5F143CBF3C23E2

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190165964 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ONILDO MARIA DE SOUSA **Data do acidente:** 10/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DIREITO E ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBROS INFERIORES DIREITO E ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBROS INFERIORES DIREITO E ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00