

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:
2320361320190430110748

Processo 0805276-69.2019.8.23.0010 ☆ - (68 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:

33 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 33

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	33	30/04/2019 11:07:48 JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
33.1	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2572524ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF	Público
33.2	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2572524ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF	Público
32	26/04/2019 00:11:22	DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA REPRESENTADO(A) POR ILOIR INACIO DE SOUZA (P/ advgs. de ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA representado(a) por ILOIR INACIO DE SOUZA *Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 26.	SISTEMA CNJ
31	26/04/2019 00:11:22	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 25.	SISTEMA CNJ
30	15/04/2019 11:41:26	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 27) em 15/04/2019 08:42:42. Tipo: Distribuição Inicial Manual. Oficial de Justiça Designado: FRANCISCO LUIZ DE SAMPAIO. Parte: ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA representado(a) por ILOIR INACIO DE SOUZA	GABRIELA LEAL GOMES Servidor Central de Mandados
29	15/04/2019 11:39:32	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 15/04/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 25.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
28	15/04/2019 09:23:03	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA representado(a) por ILOIR INACIO DE SOUZA) em 15/04/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 26.	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado
		EXPEDIÇÃO DE MANDADO	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08052766920198230010

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 **ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA**, 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.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve 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 (no 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

522.234.852-00

Nome completo da vítima

Antônia Oliveira Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônia Oliveira Vieira		CPF titular da conta 522.234.852-00	Profissão Administrativo
Endereço Rua. Taiane		Número 3070	Complemento
Bairro Dr. Ailton Rocha	Cidade Boa Vista	Estado Paraná	CEP 69.313-702
Email iloirin@hotmail.com		Telefone (DDD) 19599554-4282	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

8296

D/V

1

CONTA

NRO.

23616

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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 Líder 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 18 de Outubro de 2018

Local e Data

Antônia Oliveira Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180496641 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TÁLUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO PÉ DIREITO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180496641**

Vitima: **ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA**

Data do Acidente: **14/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180496641**.

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 13510602



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: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08296-1

CONTA: 000010023616-2

Nr. da Autenticação 2AB10151E7C6BC0B