

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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Realçar Movimentos <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória </div>					
Filtros <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> </div>					

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

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
33	30/04/2019 11:07:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2572524ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF Público
		33.1 Arquivo: DOCS 33.2 Arquivo: Petição	
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 6^a 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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO 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 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. Taiano	Número	3070	Complemento	
Bairro	Dr. Antônio Rosas	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
Email	ilovirn@hotmail.com			CEP	69.338-702
				Telefone (DDD)	(65) 99454-4282

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
8296	1	23616	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, 38 de Outubro de 2018
 Local e Data

DOCUMENTO
 ORIGINAL
 18 OUT. 2018

Antônia Oliveira Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

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