

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: 2296772320190408145023

Processo 0805315-66.2019.8.23.0010 ☆ - (46 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:

20 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 20

500 por pág.

1

Seq.

Data

Evento

Movimentado Por



20

08/04/2019 14:50:23

JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/04/2019)

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

20.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO ALVES

BARBOSA FILHOJOAO

2572531PETICAODEPROVASJUR01.PDF

Público

ALVES BARBOSA FILHO,

Ass.: JOAO ALVES

20.2 Arquivo: DOCS

BARBOSA FILHOJOAO

2572531PETICAODEPROVASJURAnexo01.PDF

Público

ALVES BARBOSA FILHO,

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/04/2019) e ao evento de expedição seq. 16.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de MARIA JOSELHA SILVA LIMA) em 01/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/04/2019) e ao evento de expedição seq. 17.

JÉFTER NASCIMENTO MORAIS
Advogado

EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Para advogados/curador/defensor de MARIA JOSELHA SILVA LIMA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/04/2019)

REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO
Analista Judiciário

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 ATO ORDINATÓRIO (01/04/2019)

REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO
Analista Judiciário



15

01/04/2019 08:47:14

JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO
Analista Judiciário

DECORRIDO PRAZO DE MARIA JOSELHA SILVA LIMA

(P/ advgs. de MARIA JOSELHA SILVA LIMA *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(01/03/2019) e ao evento de expedição seq. 11.

SISTEMA CNJ



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

Processo: 08053156620198230010

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 **MARIA JOSELHA SILVA LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. , manifestar-se nos seguintes termos:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Ocorre que a parte autora não juntou aos autos laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal com a devida graduação das supostas lesões sofridas, conforme exige a Lei 11.945/09 e Súmula 474, STJ.

Assim sendo, ante a ausência de graduação da alegada invalidez, questão controversa que ensejou a presente lide, requer a Ré **que o Juízo nomeie Perito Médico do IML ou outro órgão público, para a realização da perícia na parte autora, a fim de atestar a invalidez alegada, bem como quantificar a lesão de acordo com a Lei 11.945/09, e Súmula 474, STJ.**

Tendo em vista se tratar de prova constitutiva do direito autoral, em caso de impossibilidade da produção do referido laudo pericial pelo IML, deve o exame ser custeado pela parte autora por força do artigo 373, I do Código de Processo Civil.

Requer, desde já, a ré, a juntada de prova documental, consistente no processo administrativo e seu comprovante de pagamento em anexo, para que surta os seus legais efeitos.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

BOA VISTA, 3 de abril de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540315 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSELHA SILVA LIMA **Data do acidente:** 04/08/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 752.597.452-72 Nome completo da vítima: Maria Joseilha Silva Lima

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

Nome completo: Maria Joseilha Silva Lima CPF: 752.597.452-72
Profissão: Serv. Público Municipal Endereço: Rua Genesio Almeida Lopes Número: 599 Complemento: _____
Bairro: Sem. Helio Campos Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69316-550
E-mail: _____ Tel.(DDD): (95) 99113-9152

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) Operação 51
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 1643 76 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 - RR, 14 de novembro de 2018
Nome: Maria Joseilha Silva Lima
CPF: 752.597.452-72

(*) 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: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO
Assinatura

16 NOV 2018

Assinatura
GENTE SEGURADORA S/A

(*) 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.

COMPROVANTE DE CONTA BANCÁRIA MARIA JOSELHA

28/07/2018 - BANCO DO BRASIL - 12:04:44
025000250 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA CONTA CORRENTE

CLIENTE: MARIA JOSELHA SILVA LIMA

AGENCIA: 0250-X CONTA: 164.376-2 VAR:51

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	30/07/2018
INFORMACOES DO DEBITO:	
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Betanz, 434 - Boa Vista - 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: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSELHA SILVA LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010164376-4

Nr. da Autenticação 0F7FADF6D3B12A6D