

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: 2407255420190715175501

Processo 0815791-66.2019.8.23.0010 ☆ - (53 dia(s) em tramitação)

Status: SUSPENSO OU SOBRESTADO

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Recursos: [Clique aqui para visualizar os recursos relacionados](#)

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

23 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 23

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div><div></div></div> 23	15/07/2019 17:55:01	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>23.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,</div><div>2607723ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF</div><div>Público</div></div> <div><div>23.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,</div><div>2607723ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF</div><div>Público</div></div>			
22	12/07/2019 00:08:09	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. 13) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL(28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 15.	SISTEMA CNJ
21	12/07/2019 00:07:44	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. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019) e ao evento de expedição seq. 9.	SISTEMA CNJ
20	11/07/2019 00:06:30	DECORRIDO PRAZO DE MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES REPRESENTADO(A) POR VALDEMIR PAIVA DE MENEZES (P/ advgs. de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES *Referente ao evento (seq. 13) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL(28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ
19	02/07/2019 11:43:47	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/07/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 13) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 15.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
18	02/07/2019 00:05:44	DECORRIDO PRAZO DE MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES REPRESENTADO(A) POR VALDEMIR PAIVA DE MENEZES (P/ advgs. de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
17	01/07/2019 20:47:01	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES) em 01/07/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 13) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 14.	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado
16	29/06/2019 13:38:10	PROCESSO SUSPENSO Por 90 dias corridos a partir de 28/06/2019	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
15	29/06/2019 13:37:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
14	29/06/2019 13:37:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
<div><div></div></div> 13	28/06/2019 11:55:50	PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
12	24/06/2019 12:30:11	CONCLUSOS PARA DESPACHO Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
11	24/06/2019 00:06:18	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES) em 24/06/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
10	14/06/2019 14:25:35	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 14/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9	13/06/2019 12:40:45	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 CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
8	13/06/2019 12:40:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES representado(a) por VALDEMIR PAIVA DE MENEZES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (06/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
<div><div></div></div> 7	12/06/2019 10:34:14	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div></div></div> 6	06/06/2019 12:55:39	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	23/05/2019 14:55:30	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08157916620198230010

**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 LUCIA DOS SANTOS MENEZES**, 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**



---

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Carta nº 12941406

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18  
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Data Acidente: 02/08/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Carta nº 12963122

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18  
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Data Acidente: 02/08/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Carta nº: 13553257

A/C: VALDEMIR PAIVA DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180180449  
Vítima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Data do Acidente: 02/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDEMIR PAIVA DE MENEZES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 00000103623-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Nº Sinistro: 3180180449  
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Data do Acidente: 02/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180180449**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

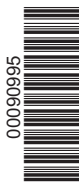
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Nº Sinistro: **3180180449**

Vitima: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Data do Acidente: **02/08/2017**

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 3180180449**.

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 12701131





Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Sinistro: **3180180449**

Vítima: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Data do Acidente: **02/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180180449** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

---

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Carta nº 12908438

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18  
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES  
Data Acidente: 02/08/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



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").

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2018

Thomaz

SEGURODPVAT S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

060.203.202.43

Nome completo da vítima

Maria Lucia dos S. meneses

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES</b>		CPF titular da conta <b>060.203.202.43</b>	Profissão <b>RECUSOU</b>
Endereço <b>RUA MANAUS</b>		Número <b>474</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>NOVA CIDADE</b>	Cidade <b>BOA VISTA</b>	Estado <b>RR</b>	CEP <b>69316184</b>
Email <b>monatoSilva638@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>951991144021</b>	

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 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 type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <b>Banco do BRASIL</b> NRO. <b>001</b>	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <b>0250</b> D/V <b>X</b> CONTA NRO. <b>103623</b> D/V <b>8</b> (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 RR** de **maio** de **18**  
Local e Data

*Maria Lucia dos Santos*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário *meneses*

*Valecineia Rive de Menezes*  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA LUCIA DOS S. MENEZES

CPF da Vítima

060.203.202-43

Data do Acidente

02/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

WALDEMIR PAIVA DE MENEZES

CPF do Representante legal

144.663.502-30

Email

Telefone (DDD)

95 991144021

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

B.V. 17 de Abril de 18  
Local e Data

Maria Lucia dos Santos Menezes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Waldemir Paiva de Menezes  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do sinistro:	3180180449
Nome do(a) Examinado(a):	MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA MANAUS 438 NOVA CIDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	060.203.202-43
Data e local do acidente:	02/08/2017-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 25/05/2018

**Resultado da Avaliação Médica**

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

VITIMA DE COLISÃO BICICLETA/MOTO COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO +ULNA DISTAL+ LESÃO CORTO/CONTUSA MIE

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

VITIMA FEZ SUTURA EM MIE + IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 02 MESES EM MSE; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JANEIRO/2018

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

NO MOMENTO OBSERVO CICATRIZ EM JOELHO ESQUERDO SEM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DA ARTICULAÇÃO /// MSE: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO ESQUERDO COM LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO/DESVIOS + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MUSCULAR + COMPROMETIMENTO DA APREENSÃO

**IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

**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.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

**Região Corporal (Sequela):** PUNHO ESQUERDO

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

% 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.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180180449 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES **Data do acidente:** 02/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO, ULNA DISTAL, LESÃO CORTO CONTUSA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZ EM JOELHO ESQUERDO SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

PUNHO ESQUERDO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, DESVIO RADIAL E ULNAR, DEFICIT DE FORÇA E COMPROMETIMENTO DA PREENSÃO PALMAR

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SOFREU TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO, ULNA DISTAL, LESÃO CORTO CONTUSA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR SUTURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM ANÁLISE DO MÉDICO EXAMINADOR A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU INTENSO EM PUNHO ESQUERDO

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Juliana Amendola A Bianchi

**CRM do médico:** 52.84127-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Juliana Amendola A Bianchi*