



Número: **0802057-94.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO RUAN DA COSTA (AUTOR)	RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA (ADVOGADO) PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45174 549	26/06/2019 15:53	<a href="#">Petição</a>	Petição
45174 574	26/06/2019 15:53	<a href="#">2601085 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
45174 581	26/06/2019 15:53	<a href="#">2601085 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08020579420198205001

**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 **CICERO RUAN DA COSTA**, 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,

NATAL, 7 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

---

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO RUAN DA COSTA**

Sinistro: **3180026143**  
Vítima: **CICERO RUAN DA COSTA**  
Data do Acidente: **16/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180026143** 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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº 12364181

A/C: CICERO RUAN DA COSTA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180026143 ASL-0008204/18  
**Vitima:** CICERO RUAN DA COSTA  
**Data Acidente:** 16/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta nº: 12460487

A/C: CICERO RUAN DA COSTA

Nº Sinistro: 3180026143  
Vitima: CICERO RUAN DA COSTA  
Data do Acidente: 16/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS

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: CICERO RUAN DA COSTA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000001042-1

Conta: 0000043119-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO RUAN DA COSTA**

Nº Sinistro:

**3180026143**

Vitima:

**CICERO RUAN DA COSTA**

Data do Acidente:

**16/08/2017**

Cobertura:

**INVALIDEZ**

Procurador:

**JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180026143**.

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 12249839



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO RUAN DA COSTA**

Sinistro: **3180026143**  
Vítima: **CICERO RUAN DA COSTA**  
Data do Acidente: **16/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JULIANE ALINE BARACHO DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180026143** 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**

Pag. 00449/00450 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12283566

# 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: 27/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: CICERO RUAN DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000000043119-2

---

Nr. da Autenticação 83A5FE6A8E28857D

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180026143      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO RUAN DA COSTA      **Data do acidente:** 16/08/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Descrição do exame** APRESENTA EQUIMOSE DE REGIÃO ORBICULAR À DIREITA, REFERE DISCRETO DESCONFORTO QUANDO FAZ  
**médico pericial:** MOBILIZAÇÃO DE GLOBO OCULAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE À DIREITA.  
RESULTADOS SATISFATÓRIOS COM TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180026143      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO RUAN DA COSTA      **Data do acidente:** 16/08/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE CRANIO E TORAX

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

### 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
			Total	0 %

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**