



Número: **0844664-93.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CIPRIANO FERNANDES ESTEVEZ (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44241 495	10/06/2019 15:54	<a href="#">2603014 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos
44241 486	10/06/2019 15:54	<a href="#">2603014 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
44241 464	10/06/2019 15:54	<a href="#">Petição</a>	Petição

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta nº: 9839819

A/C: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES

**Sinistro:** 3160598061 ASL-1093042/16  
**Vitima:** CIPRIANO FERNANDES ESTEVES  
**Data Acidente:** 05/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDILZA MARIA SOARES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

---

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta n°: 9842128

A/C: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES

Sinistro: 3160598061 ASL-1093042/16  
Vitima: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES  
Data Acidente: 05/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILZA MARIA SOARES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Pag. 01563/01564 - carta\_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10047049

A/C: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES

Sinistro: 3160598061 ASL-1093042/16  
Vitima: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES  
Data Acidente: 05/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILZA MARIA SOARES

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: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001533-4

Conta: 000010038053-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

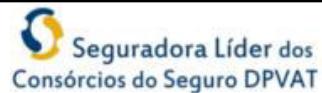
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160598061      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CIPRIANO FERNANDES ESTEVESEN      **Data do acidente:** 05/03/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE Perna ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LAUDO MÉDICO: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# 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: 11/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CIPRIANO FERNANDES ESTEVES

BANCO: 001

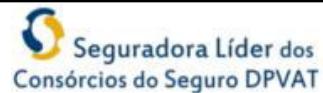
AGÊNCIA: 01533-4

CONTA: 000010038053-0

---

Nr. da Autenticação 6FC4B2955B5F1EB4

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160598061      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CIPRIANO FERNANDES ESTEVESEN      **Data do acidente:** 05/03/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE Perna ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LAUDO MÉDICO: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08446649320178205001

**MAPFRE SEGUROS GERAIS 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 **CIPRIANO FERNANDES ESTEVES**, 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,

NATAL, 6 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)

Juntada de petição.