



Número: **0815519-55.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JHONATA DE LIMA CARDOSO (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45248 415	28/06/2019 14:51	Petição	Petição
45248 442	28/06/2019 14:51	2603687 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45248 450	28/06/2019 14:51	2603687 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08155195520188205001

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 **JHONATA DE LIMA CARDOSO**, 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, 26 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JHONATA DE LIMA CARDOSO

Nº Sinistro: 3170619634
Vitima: JHONATA DE LIMA CARDOSO
Data do Acidente: 18/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLEITON DE SOUSA COSTA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170619634**.

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 12023380

Pag. 00483/00484 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12253168

A/C: JHONATA DE LIMA CARDOSO

Nº Sinistro: 3170619634
Vitima: JHONATA DE LIMA CARDOSO
Data do Acidente: 18/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLEITON DE SOUSA COSTA

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: JHONATA DE LIMA CARDOSO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000001575

Conta: 000001012328-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01661/01662 - carta_15R - INVALIDEZ



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.

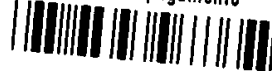
A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa. "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").

Autorização de pagamento



15
2-

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

076-487-734-81

Nome completo da vítima

JHONATA DE LIMA CARDOSO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JHONATA DE LIMA CARDOSO		CPF titular da conta 076-487-734-81	Profissão Adv. de Serviços Gerais
Endereço Rua JACQUES MATIAS DE OLIVEIRA		Número 166	Complemento
Bairro PASSAGEM DE AREIA	Cidade KARNATHURIM	Estado RN	CEP 59145-000
Email (084) 9-9134-3008 (084) 9-9806-4091 (084) 9-8706-3910			Telefone (DDD)

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

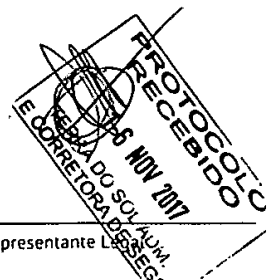
BANCO Nome **Santander** NRO **0033**
AGÊNCIA NRO. **1575** D/V CONTA NRO. **012328** D/V **3**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

Parnamirim, 05 de Outubro de 2017
Local e Data

Thomato de Lima Cardoso
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0042178 BROG SANTA FE REIS 25/09/2017
SANTANDER
10:03:18 (Horário de Brasília)
*****9978

Extrato N. 93120001-7068

MOVIMENTAÇÃO DE CONTA CORRENTE
25/09/2017 10:03 DT CONTABIL: 25/09/2017
BANCO:0033 AGENCIA:1575 CONTA:00001-012328-3
SETEMBRO/2017
06 010906 LIQUIDO DE VENCIMENTO 510,68 C
06 000000 TARIFA EXTRATO 4,70 D
CONSOLIDADO
08 135391 SAQUE NO BANCO-24 HORAS 200,00 C
20 010920 LIQUIDO DE VENCIMENTO 300,00 C
20 061450 PREST. DE EMPREST. FINANCIAMENTO 100,00 D
20 000000 TARIFA MENSALIDADE PACOTE SERVICOS 100,00 D
21 000000 DEBITO AUT. FAT.CARTAO MASTER CARD 100,00 D
22 065360 PREST. DE EMPREST. FINANCIAMENTO 100,00 D
SALDO ATUAL 200,00 C

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



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:	12/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATA DE LIMA CARDOSO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 01575

CONTA: 000001012328-3

Nr. da Autenticação 1EA780F86A4A5117

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619634 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATA DE LIMA CARDOSO **Data do acidente:** 18/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DO ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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 %	R\$ 0,00

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170619634 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATA DE LIMA CARDOSO **Data do acidente:** 18/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLO DO ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: