



Número: **0816773-97.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO (AUTOR)</b>	<b>RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47176 993	22/07/2019 10:32	<a href="#">Petição</a>	Petição
47177 029	22/07/2019 10:32	<a href="#">2610926 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
47177 042	22/07/2019 10:32	<a href="#">2610926 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada d petição.



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

**Processo:** 08167739720178205001

**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 **MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO**, 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, 9 de julho 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)



Seguradora Líder • DPVAT

---

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2016

Carta n°: 8854044

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

Sinistro: 3160203676  
Vitima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO  
Data Acidente: 27/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- DUT
- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 0149/01150 - 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 ARUANA SEGUROS S/A 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, 26 de Maio de 2016

Carta nº: 9129438

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

Sinistro: 3160203676 ASL-0144105/16  
Vitima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO  
Data Acidente: 27/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: KAROL LINLEY FERNANDES DE OLIVEIRA

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: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001445-1

Conta: 0000015968-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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: 20/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: MARCELO HENRIQUE DA COSTA FILHO

BANCO: 001

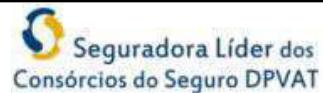
AGÊNCIA: 01445-1

CONTA: 000000015968-9

---

Nr. da Autenticação B3CA8C3FB84D9415

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160203676      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA      **Data do acidente:** 27/12/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
FILHO

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

**Data da análise:** 18/05/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/4º DEDO DA MÃO ESQUERDA:10%

**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>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**