



Número: **0806689-37.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RONILDO TEOFILIO AURELIANO (AUTOR)</b>	<b>BRENO HENRIQUE DA SILVA CARVALHO (ADVOGADO) KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)</b>	<b>ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)</b>
<b>MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46202 009	08/07/2019 15:44	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46202 029	08/07/2019 15:44	<a href="#"><u>2614153 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
46202 071	08/07/2019 15:44	<a href="#"><u>2614153 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08066893720178205001

**BRADESCO AUTO/RE CIA DE SEGUROS**, 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 **RONILDO TEOFILIO AURELIANO**, 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**

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, 07 de Julho de 2016

Carta nº: 9333277

A/C: RONILDO TEOFILIO AURELIANO

**Sinistro:** 3160402080 ASL-0947901/16  
**Vitima:** RONILDO TEOFILIO AURELIANO  
**Data Acidente:** 30/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOAO CESARIO DE OLIVEIRA

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2016

Carta nº: 9638851

A/C: RONILDO TEOFILIO AURELIANO

Sinistro: 3160402080 ASL-0947901/16  
Vitima: RONILDO TEOFILIO AURELIANO  
Data Acidente: 30/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO CESARIO 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: RONILDO TEOFILIO AURELIANO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000806

Conta: 00000744-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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.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: 22/07/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RONILDO TEOFILIO AURELIANO

BANCO: 104

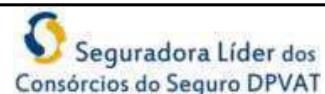
AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000000744-0

---

Nr. da Autenticação F5072AF4C56182CE

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160402080      **Cidade:** São Tomé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO TEOFILIO AURELIANO      **Data do acidente:** 30/04/2016      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDA. FRATURA DO SEGUNDO E TERCEIRO METACARPIANOS ESQUERDOS. FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, DEFORMIDADE SALIENTE AO NÍVEL DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO E DISCRETO EDEMA DA FACE DORSAL DA MÃO ESQUERDA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO, COM DESVIO ULNAR E RADIAL ESQUERDOS. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO DO SEGUNDO, TERCEIRO E QUARTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. REFERE CEFALEIA E VERTIGEM.

**Resultados terapêuticos:** RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 10 DIAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**