



Número: **0819377-31.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUCIANO ALVES RODRIGUES (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42739 463	07/05/2019 17:21	Petição	Petição
42739 528	07/05/2019 17:21	2590964 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
42739 583	07/05/2019 17:21	2590964 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



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

Processo: 08193773120178205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, 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 **JUCIANO ALVES RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada do processo administrativo**.

Termos em que,

Pede Juntada.

NATAL, 07 de maio de 2019.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2014

Carta nº: 5412859

A/C: JUCIANO ALVES RODRIGUES

Sinistro: 2014884170
Vitima: JUCIANO ALVES RODRIGUES
Data Acidente: 15/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014

Carta nº: 5533624

A/C: JUCIANO ALVES RODRIGUES

Sinistro: 2014884170
Vitima: JUCIANO ALVES RODRIGUES
Data Acidente: 15/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: JUCIANO ALVES RODRIGUES

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000035

Conta: 000000061076-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01705/01706 - carta_15R



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: 23/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCIANO ALVES RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000000061076-2

Nr. da Autenticação BE4E7AE8CF847EF9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014884170 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCIANO ALVES RODRIGUES **Data do acidente:** 15/06/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 2º QDD 75%

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75%	7,5 %	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

