



Número: **0820357-12.2016.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos:

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO FREITAS DA SILVA (AUTOR)		JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43650281	30/05/2019 14:49	<a href="#">Petição</a>	Petição
43650298	30/05/2019 14:49	<a href="#">2598324 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
43650307	30/05/2019 14:49	<a href="#">2598324 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08203571220168205001

**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 **ADRIANO FREITAS DA SILVA**, 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, 28 de maio 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, 23 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8722652

A/C: ADRIANO FREITAS DA SILVA

**Sinistro:** 3160134021  
**Vitima:** ADRIANO FREITAS DA SILVA  
**Data Acidente:** 04/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00785/00786 - carta\_01



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160134021 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO FREITAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 50%

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/03/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: ADRIANO FREITAS DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08695

CONTA: 000000028292-4

---

---

Autenticação:

936A8CC748C3837A523424BBCDB30772EE195F13AD4642FC58AFBAF77032D963

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160134021 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO FREITAS DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 50%

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**