



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
43650 281	30/05/2019 14:49	<u>Petição</u>	Petição
43650 298	30/05/2019 14:49	<u>2598324 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u>	Outros documentos
43650 307	30/05/2019 14:49	<u>2598324 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u>	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 Duto 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

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, 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 inicio 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



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:

ITAU - 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: