



Número: **0829297-29.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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	
IVANILDO LUIZ DE ARAUJO (AUTOR)		THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45127549	25/06/2019 15:49	Petição	Petição
45127609	25/06/2019 15:49	2603647 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45127735	25/06/2019 15:49	2603647 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08292972920178205001

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 **IVANILDO LUIZ DE ARAUJO**, 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, 19 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

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:	27/10/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00035

CONTA: 000000288018-3

Nr. da Autenticação 2FB22F07FEEA61DA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150864640 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/01/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma no punho esquerdo com fratura do rádio distal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação leve da flexo-extensão do punho esquerdo. sem deficit da força

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura do punho esquerdo seguido de fisioterapia.
Alta em 10.05.2015.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	\$843.75
Total			6,25 %	\$843.75

PRESTADOR


CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, IVANILDO LUIZ DE ARAUJO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 592.503 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 30/06/11 E
 CPF 297.696.634-68 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO NEGOU-SE
 E RENDA MENSAL DE R\$ NEGOU-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IVANILDO LUIZ DE ARAUJO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: – SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0035 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0288018-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Natal 06 de Janeiro de 2015

LOCAL E DATA

Ivanildo Luiz Araujo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO: 104

DATA: 13/03/2015

TERMINAL: 1003

NSU: 000120

AGENCIA: 4883

HORA: 11:39:23

AUT.: 0041

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM DOC.: 004883

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0035/013/00.288.018-3

NOME: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

DEPOSITANTE:

CANTONI REVISORES

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

1ª Via - Via Cliente

ARQUIVADA
01 ABR 2015

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

ASL-0609863/15
fabiana.pereira.3999
17/06/2019 11:16:09

DOCUMENTO 1 *T1%*



Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015031000028
1.2 Data/Hora de Expedição: 07/01/2015 10:51:42
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/12/2014 10:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.7 Logradouro: AV. MARIO NEGOCIO
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: QUINTAS
2.13 Cidade: NATAL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Parda
3.4 Pai: ANTONIO LUIZ DE ARAUJO
3.5 Mãe: VANDA MOREIRA DE ARAUJO
3.6 Data de Nascimento: 31/03/1964
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: 592543 - ITEP/RN
3.9 CPF: 2976963468
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: NATAL - RN
3.13 Profissão: SOLDADOR
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 91586832
3.16 Logradouro: RUA JOSÉ DO PATROCÍNIO
3.17 Número: 24
3.18 CEP:
3.19 Bairro: SANTOS REIS
3.20 Cidade: NATAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)****7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)****8. DADOS DA OCORRÊNCIA****9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

SEGUNDO O COMUNICANTE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA PELA FAIXA DE PEDESTRE QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO, NÃO IDENTIFICADO, QUE SE EVADIU DO LOCAL. A VÍTIMA SOFREU LESÕES E FOI SOZINHO PRA O HOSPITAL.

9.2 Informações do CIOSP**10. COMPLEMENTOS**

Data do Complemento: 11/03/2015
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA
Complemento: EM TEMPO: RETIFICANDO A DATA DO FATO DO REFERIDO ACIDENTE PARA O DIA 01/01/2015 ÀS 10:30 HORAS.
NADA MAIS DISSE.

Data do Complemento: 11/03/2015
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA
Complemento: EM TEMPO: RETIFICANDO A DATA DO FATO DO REFERIDO ACIDENTE PARA O DIA 04/01/2015 ÀS 10:30 HORAS.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 07/01/2015 10:51:42

Janir Azevedo de Paiva
Policial

Ivanildo Luiz de Araujo
Interessado

ARUANA

26 MAR 2015

Ass. _____

Polegar direito

Atendimento: 1943049 - TERCIA LIDIA RIBEIRO CARMO DO NASCIMENTO
Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 11/03/2015 09:00:10

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

DOCUMENTO 2 "T2%"



04/01/2015 12:2

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Dados do Paciente

Paciente: IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

Registro: 961

Num. RG: 592543

CPF: 297.696.634-68 Nascimento: 31/03/1964 51 anos Sexo: Masculino Est. Civil: (A)

Endereço: JOSÉ DO PATROCÍNIO

N.: 24

Bairro: SANTOS REIS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59010-440

Fone: 849 345332

Profissão:

Mãe: VANDA MOREIRA DE ARAUJO

Dados do Atendimento

Num. Atendimento: 1

Entrada: 04/01/2015 12:26 Saída: 04/01/2015 12:26

Atendente: CLARA

Convênio: 44 SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 705001829015252

Médico: DR. OSVALDO CARDOSO DE LARA JUNIOR

CRM: 7050

Motivo: TRAUMA NO BRACO

Observação:

QUEIXA PRINCIPAL E EXAMES SUMARIO:

Queixa de dor no braço direito, após queda de altura, com edema e hematoma no antebraço direito.

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:

☐ ALEGA

☐ NEGA

DIAGNÓSTICO:

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO:

Medicações e/ou Materiais usados (quando não incluídos no preço do serviço)

Código	Descrição	UND.	QTD.	Código	Descrição

Código	Serviço executado

Assinatura do médico

Assinatura Responsável

Medicware

DOCUMENTO 2 "12%



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wamildo Luiz de Araújo
RG nº 392543, data de expedição 30/06/11, Órgão SSP/RN

CPF nº 297.696.634-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: José do Patrocínio</u>
Número	<u>Nº 24</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santos Reis</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.010.440</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3206-5335 / (84) 8150-3954</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 06/03/2015.

Assinatura do Declarante: Wamildo Luiz de Araújo

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Número do Medidor	Tipo de Função	Anterior		Atual		Constante	Consumo
		Data	Leitura	Data	Leitura		
1555550	CAT	22/03/2014	15.702,00	23/04/2014	15.855,00	32	158,00

NÍVEIS DE TENSÃO			DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V)		Descrição	Contagem	Valor Ajustado	Limite Máximo
220	201 - 231		DIC - Nº de horas sem energia	0,00	5,55	11,10
			FC - Nº de vezes sem energia	0,00	3,30	6,60
			DMIC - Duração máxima de interrupção contínua	0,00	3,20	0,00
			DCIR - Duração de interrupção em dia crítico			
						Limite DCIR: 12,22

Informações importantes sobre a conta de energia

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. Neste mês estará em vigor a bandeira VERMELHA que implica em cobrança adicional em 100% (cem por cento). Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há desconexão do serviço devido a inadimplência para os padrões de atendimento e mercado. Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de latência, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorrer a suspensão. Novas tarifas vigentes a partir de 22/04/14, esse valor para o consumidor de 12,75% (Res. ANEEL nº 1.713/14).

ANTONIO LUIZ DE ARAUJO

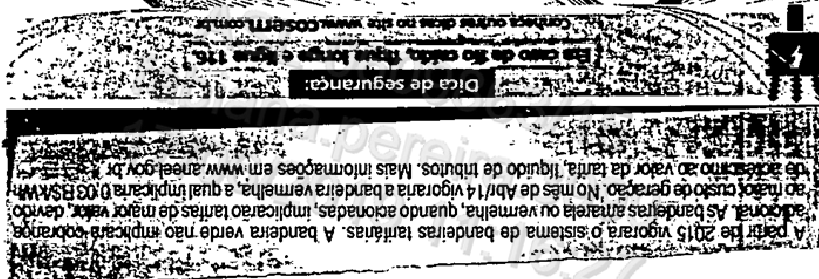
RUA JOSE DO PATROCÍNIO 24

SANTOS REIS/ÁREA URBANA
59010-440 NATAL/RN



www.cosern.com.br

Conta Contrato: 0095571016
Medidor: 1555550
Un. Leitura: 1403112
Sequência: 00170
Poste: A6845



DOCUMENTO 3 *1394*

HOSPITAL MEMORIAL

Murilo Vaz de Araujo

Heróglia
(Heróglia)
Nat, K+, Vit, P.
glucose

ARUANA
01 ABR 2015

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN