



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
45127 549	25/06/2019 15:49	Petição	Petição
45127 609	25/06/2019 15:49	2603647 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45127 735	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

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 Limitação leve da flexo-extensão do punho esquerdo. sem deficit da força médica pericial:

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

POR TADOR(A) DO RG N° 592.5693 EXPEDIDO POR SSPIRN EM 30/06/11 E

CPF 294.696.634-68 /CNPJ 00000000000000, PROFISSÃO NEGON-SC

E RENDA MENSAL DE R\$ NEGON-SC (*) 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 salarial e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, 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 esta 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) 00 35 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Natal 06 de Janeiro de 2015 X Ivanildo Luiz Araujo
LOCAL E DATA 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

BANCO: 104

AGENCIA: 4883

DATA: 13/03/2015

HORA: 11:39:23

TERMINAL: 1003

NSU: 000120

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:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente

ARUAN
01 ASR 2015

3150297755

DOCUMENTO 1 11%



Governo 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 2.9 CEP:
 2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:
 2.10 Complemento: 2.13 Cidade: NATAL
 2.12 Bairro: QUINTAS
 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: 29769663468 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 PATROCINIO
 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 INCLUÍDOS 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.

ARUANA

26 MAR 2015

Ass.

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

Policial

Interessado

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

J2015031000028 - d543c021d4abcd7fb4b29ae7991eb

Página 1 de 1



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 12:26

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Dados do Paciente

Paciente : IVANILDO LUIZ DE ARAUJO

Registro: 060

Num. RG : 592543 CPF: 297.696.634-68 Nascimento: 31/03/1964 51 anos Sexo: Masculino Est. Civil:

Endereço: JOSÉ DO PATROCÍNIO

N.º 24

Bairro: SANTOS REIS

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59010-440

Fone: 849 345832

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: CLAU

Convênio: 44 SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 705001829015252

Médico : Dr. OSVALDO CARDOSO DE LARA JUNIOR

CRM: 7050

Motivo : TRAUMA NO BRACO

Observação:

01 APR 2015
ARUANA

QUEIXA PRINCIPAL E EXAMES SUMÁRIO:

Doença de rotina de menor intensidade de perda de força

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS:

ALEGA:

NEGA:

Rx de

DIAGNÓSTICO:

Fractura de braço

Descrição do tratamento:

*Falar Ácido Palpado
Sítio Alt*

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

Código	Descrição	UND	QTD	Código	Descrição	QT

Código Serviço executado

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Tirol - Natal/RN

Assinatura do médico

Assinatura Responsável

Medicware



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo Leiz de Araújo,
 RG nº 392.543, 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 seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: foné 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, 06/01/2015

ARUAI JR.
21 ABR 2015

Assinatura do Declarante:

Ivanildo Leiz Araújo

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Número do Medidor	Tipo da Função	Anterior	Atual	Lectura	Constante	Ajuste	Consumo	
1555550	CAT	22/03/2014	18.702,00	23/04/2014	19.666,00	32	1.00000	184,00

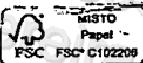
NÍVEIS DE TENSÃO			DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LECTURA: 22/05/2014			DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		
Tensão (V)	Mínimo	Máximo	Descrição	Corpo	Valor	Mês	Ano	Total
220	201	231	DIC - 1% de horas sem energia	REBERA	0,00	5,55	11,10	22,21
			FIC - 1% de vezes sem energia		0,00	3,30	6,60	13,20
			DREC - Duração média de interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	6,00
			DRCF - Duração de interrupção em dia crítico		0,00			
								Límite DICF: 12,22

Informações Importantes sobre a conta de energia

O pagamento dessa Nota Fiscal futura deve ser feito somente em espécie. A partir de 2015 entra em vigor o sistema de bandeirolas tarifárias. Nela não estará em vigor a bandeira VERMELHA que implica cobrança adicional em 0,03 R\$/kWh. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em dia de vencimento: R\$ 10,438 (dez) e juros 1,5% (um) a.m. a 10,438 (dez) e 22,21 (vinte e duas) reais. Dia de vencimento para pagamento da fatura é o dia 22 de cada mês. O cliente é compensado quando houver descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de desmobilização no ciclo em que o desfazimento é suspenso. Novas Tarifas Vigentes a partir de 22/04/14, estão muda para o consumidor de 12,75% (dezessete e cinco) ANEEL nº 1.713/14.

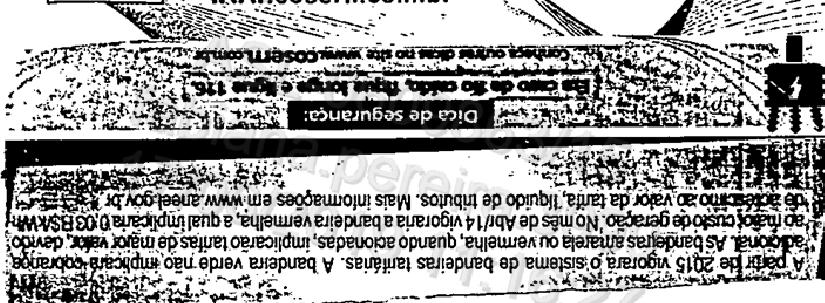
ANTONIO LUIZ DE ARAUJO

01 APR 2015



www.cosern.com.br

Conta Contrato: 0005921018
Medidor: 1555550
Un. Leitura: 14031112
Sequência: 000170
Poste: 5A6845



A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeirolas tarifárias. A bandeira vermelha não impõe aumento de preços de energia elétrica. As bandeirolas tarifárias, quando ocorridas, impõem leves alterações de preço da energia elétrica, devendo ser observadas de forma criteriosa. No mês de Abril/14 vigorará a bandeira vermelha a qual multiplica o valor das tarifas de geração. A bandeira vermelha é medida de latitude, medida de intensidade de uso da energia elétrica. Mais informações em www.aneel.gov.br.

DOCUMENTO 3 *T36*



Mundo Olímpico

Hernani L.

(Luguel Ospital)

Nat, R + U/Tr P-

REGULADA
01 AGO 2015

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