



Número: **0828016-38.2017.8.20.5001**

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: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA ROSIANE DE LIMA (AUTOR)		THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45128085	25/06/2019 15:56	<a href="#">Petição</a>	Petição
45128131	25/06/2019 15:56	<a href="#">2604180 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01(1)</a>	Outros documentos
45128189	25/06/2019 15:56	<a href="#">2604180 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:** 08280163820178205001

**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 **MARIA ROSIANE DE LIMA**, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2015

Carta nº: 6981238

A/C: MARIA ROSIANE DE LIMA

**Sinistro:** 3150444713  
**Vitima:** ALISSA RAYONARA LIMA DE MOURA  
**Data Acidente:** 14/12/2014  
**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](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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2015

Carta nº: 7227690

A/C: MARIA ROSIANE DE LIMA

Sinistro: 3150444713  
Vitima: ALISSA RAYONARA LIMA DE MOURA  
Data Acidente: 14/12/2014  
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: MARIA ROSIANE DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 00000023043-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2015

Carta nº: 7227690

A/C: MARIA ROSIANE DE LIMA

Sinistro: 3150444713  
Vitima: ALISSA RAYONARA LIMA DE MOURA  
Data Acidente: 14/12/2014  
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: MARIA ROSIANE DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 00000023043-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

# 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:	17/06/2015
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: MARIA ROSIANE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000023043-9

---

---

Nr. da Autenticação E8AB1731F43A7121

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150444713 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALISSA RAYONARA LIMA DE MOURA **Data do acidente:** 14/12/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/06/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 25%

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### 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:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150444713 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALISSA RAYONARA LIMA DE MOURA **Data do acidente:** 14/12/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/06/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 25%

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### 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:**