



Número: **0858397-92.2018.8.20.5001**

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
MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44368 715	13/06/2019 17:11	Petição	Petição
44368 729	13/06/2019 17:11	2606442 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01-1	Outros documentos
44368 736	13/06/2019 17:11	2606442 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: 08583979220188205001

PORTE SEGURU 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 **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO**, 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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 11 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



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO**

Nº Sinistro: **3180327621**
Vitima: **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180327621**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13117711

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO**
Nº Sinistro: **3180327621**
Vitima: **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180327621**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo



A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

403.777.924-00

Nome completo da vítima

Matthews Leonardo de Sifra Soárez

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Matthews Leonardo de Sifra Soárez	CPF titular da conta 403.777.924.00	Profissão Estudante
Endereço Rua Araraquara	Número 104	Complemento Zona Norte
Bairro Boaçorá Izaf	Cidade Natal	Estado RN
Email m.adressio@outlook.com	CEP 59.136.350	Telefone (DDD) (84) 2010 4827

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

6998

20027

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Florianópolis/SC, 17 de Julho de 2018

Local e Data

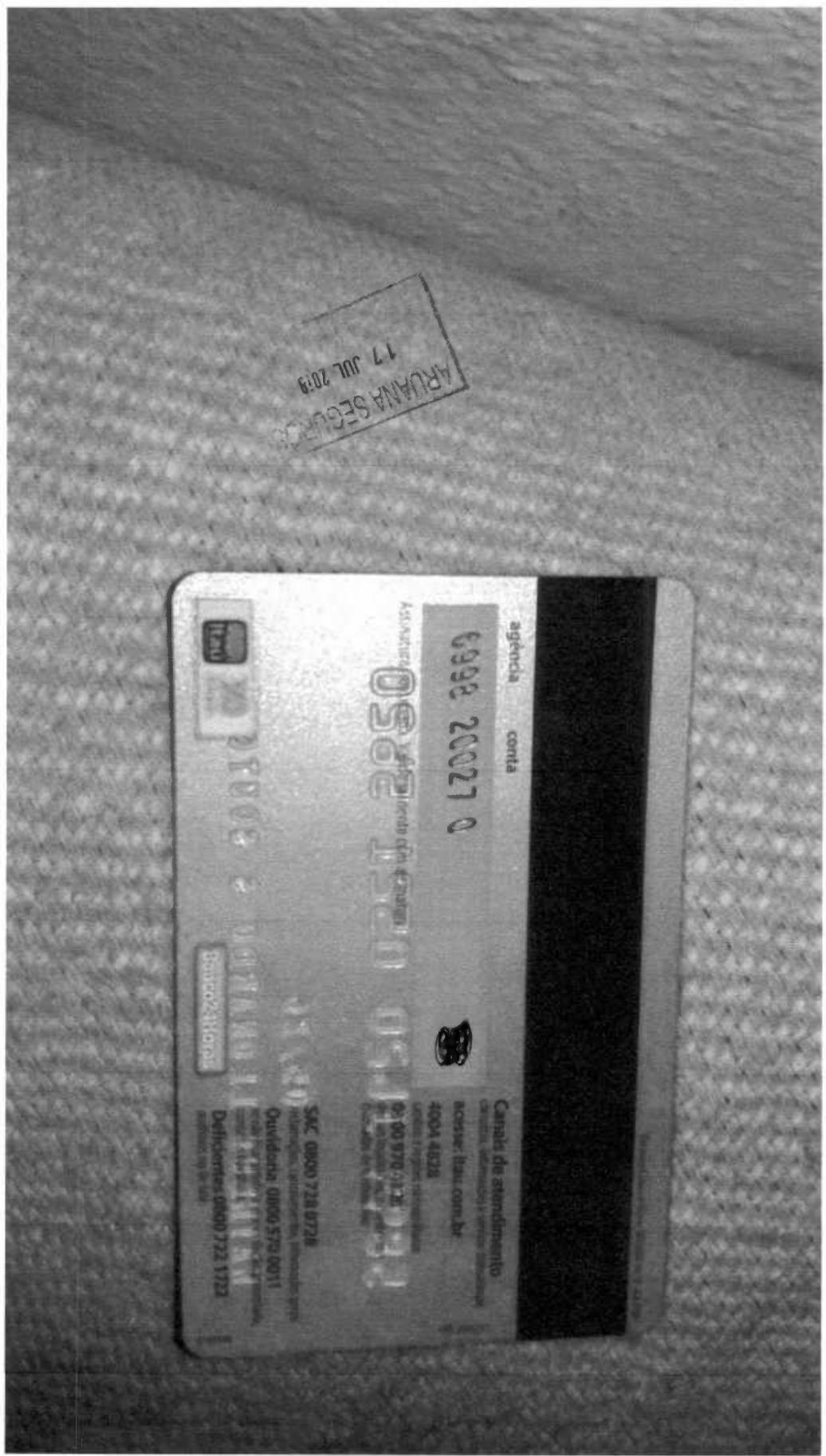
Matthews Leonardo de Sifra Soárez

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06998

CONTA: 000000020027-0

Autenticação:

8FAF9FB3898825C248CFAB7C4BA7FF4C87C47EE5B183332091F226E7B305AD68

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180327621 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PLATÔ TÍBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura: