



Número: **0810951-59.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª 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              |
|-------------------------------|--|
| RAFAEL ROCHA MONTEIRO (AUTOR) | JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO) |
| PORTO SEGURO S/A (RÉU)        |  |

| Documentos   |                    |   |                   |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
| 45529<br>043 | 03/07/2019 16:21   | <a href="#">2616523 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>       | Outros documentos |
| 45529<br>086 | 03/07/2019 16:21   | <a href="#">2616523 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a> | Outros documentos |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08109515920198205001

**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 **RAFAEL ROCHA MONTEIRO**, 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, 1 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL ROCHA MONTEIRO**

Nº Sinistro: **3180445776**  
Vitima: **RAFAEL ROCHA MONTEIRO**  
Data do Acidente: **08/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445776**.

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**

Pag. 00343/00344 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13400161

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 de 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<br><b>071 584 474-13</b> | Nome completo da vítima<br><b>RAFAEL ROCHA MONTEIRO</b> |
|---------------------------|--|---|

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL  |   |                               |   |
|---|---|-------------------------------|---|
| Nome completo<br><b>RAFAEL ROCHA MONTEIRO</b>   | CPF titular da conta<br><b>071 584 474-13</b> | Profissão<br><b>ESTUDANTE</b> |   |
| Endereço<br><b>RUA DAS PETUNIAS</b>   | Número<br><b>149</b>                          | Complemento                   |   |
| Bairro<br><b>ROSA DOS VENTOS</b>  | Cidade<br><b>PARANIRIM</b>                    | Estado<br><b>RN</b>           | CEP<br><b>59.141-795</b>                |
| Email   |   |                               | Telefone (DDD)<br><b>(84) 3027-1212</b> |
| 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. |   |                               |   |

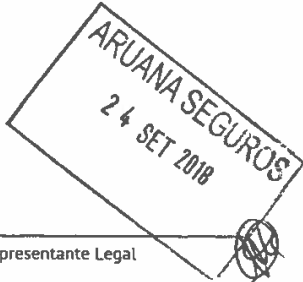
| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR   | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00                                      |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)                 |  |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/><br>CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/><br><small>(Informar dígito se existir)</small>   |  | BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/><br><b>BRASIL</b> <b>001</b> |  |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/><br><b>3900</b> <b>4</b>  |  | CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/><br><b>9.848</b> <b>5</b>    |  |
| <small>(Informar dígito se existir)</small>   |  | <small>(Informar dígito se existir)</small>  |  |

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.

Paranirim, 12 de Setembro de 2018  
Local e Data

Rafael Rocha Monteiro  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





*CORRENTE.*

ARUANA SEGUROS  
24 SET 2018

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: RAFAEL ROCHA MONTEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03900-4

CONTA: 000010009848-7

---

---

Nr. da Autenticação D33A38D123A2A39B

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445776 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL ROCHA MONTEIRO **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés | 50 %   | Em grau residual - 10 %                              | 5%         | R\$ 675,00            |
| <b>Total</b>                           |  |  | <b>5 %</b> | <b>R\$ 675,00</b>     |