



Número: **0809688-31.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS AUGUSTO FERREIRA NOGUEIRA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58185043	30/07/2020 21:24	2737928_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	11/02/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.712,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS AUGUSTO FERREIRA NOGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000190200-5

Nr. da Autenticação E37BEC4E8AA016AC



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150042654 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AUGUSTO FERREIRA NOGUEIRA **Data do acidente:** 10/10/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma em face e mão esquerda, sem fratura.

Descrição do exame médico pericial: Referi cefaleia constante e tonturas pos trauma facial e dor residual em limitacao funcional em mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de atropelamento no dia 10/10/2014 em Mossoro/RN, apresentou trauma leve em região da face e mão esquerda, associada a escoriações leves, realizado assepsia, aposição de curativo e analgésicos, sendo liberado após avaliação médica. Exames de imagem normais.

Sequelas permanentes: DANO LEVE EM MÃO E
DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Carlos Augusto Ferreira Nogueira
Endereço do(a) Examinado(a): R Herculano Couto, 1526
Barrocas Mossoró RN CEP: 59621-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1437462
Data local do exame: [05/02/2015] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Trauma em face e mao esquerda,sem fratura.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente vitima de atropelamento no dia 10/10/2014 em Mossoro/RN,apresentou trauma leve em regio da face e mao esquerda,associada a escoriacoes leves,realizado assepsia,aposicao de curativo e analgesicos,sendo liberado apos avaliacao medica.Exames de imagem normais.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Referi cefaleia constante e tonturas pos trauma facial e dor residual em limitacao funcional em mao esquerda.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Regiao cranio facial

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Mao esquerda

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Dixon F. Medeiros Lima
CLÍNICO GERAL E CARDIOLOGIA
CRM 5807



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6191052

A/C: CARLOS AUGUSTO FERREIRA NOGUEIRA

Sinistro: 3150042654
Vítima: CARLOS AUGUSTO FERREIRA NOGUEIRA
Data Acidente: 10/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00519/00520 - carta_02



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Maria do Socorro Nogueira de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 586.872 DATA DE EMISSÃO 25/07/2013

NOME MARIA DO SOCORRO NOGUEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO VICENTE AUGUSTO NOGUEIRA

NATURALIDADE MARIA FERREIRA NOGUEIRA

MOSSORÓ RN

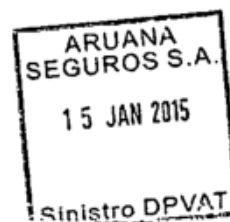
DOC ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-46 F-59 RG-3161

CPF 369.264.264-49

DATA DE NASCIMENTO 25/08/1955

ASSINATURA DO DETENTOR 2a. VIA

ELAB. EM 27/16 DE 20/08/83



OUTROS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINCI-ROSADO MAIA



200.37499542-0002

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Carlos Augusto Ferreira Rodrigues Data: 05.03.68
Profissão: _____ Cartão SUS n°: _____
Endereço: Rua: Heráclito Couto 1526 Bairro: Bananeiras
Cidade: Mossoró U. F.: _____ Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 10.10.14

Hora: 12:30

A. C. C. R.: _____



1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Viêm de suppuramento (carcinoma x como), apresentou
lesões na região torácica.
Apresenta ferimento na face, escoriações MMII
Nada queixas toraco-abdominais

2 - EXAME FÍSICO

E.G.R., acordado, eufórico, comido

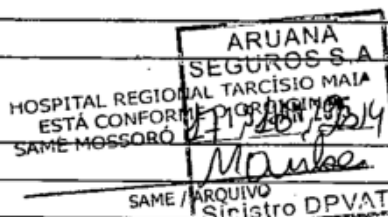
ABO: insalutar a palpação

Tórax: S/ enfim. subcostal, S/ crepitação

Wern: Glasgow 15

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Politraumatizado



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



4 - CONDUITA MÉDICA

Data: 1 / 1

Hora: 12:30

Anal. NCR

Anal. BMF

AXTMAX AP / Bacia AP

Ref 10/10/14 12:30

Reente ardeado com lide. Dr. Valdemir da S. Ferreira
 de grande de casca de rocha. Cirurgião Oncologista
 e tumores fecal. CPF 023.070.674-69
 CPM-RN 5214

em região genérica D, surgindo de um

de 5 cm. A oncopatia, massa oval de cor e coloração variada, sem suppurato
 sobre o solo de continuidade. A TC fecal, não se observam imagens
 compatíveis com tumor do colon ou da recta.

carcinoma patológico e natural de fcc nos arredores locais

- Oncologia p/ curativo sistêmico + profilaxia anti-férmica em VES

- Prontidão H casa

- Alta prof

Adelino Rocha
 Cirurgião Oncologista
 CPF 023.070.674-69
 CPM-RN 5214

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	01) Valonem 75mg 1amp 1m		11:35	R. Zelic
	02) Dipirona 1/64 5/12			
	03) Defolting 184 mg w 666			
	04) SAT 5000 UTI 4			
	05) dieta BRANCA			
	após liberação na			
	na casa			
	06) compressa de gelo em			
	Hemiflex 07) 3x1 dia			

Dr. Valdemir da S. Ferreira
 Cirurgião Oncologista
 CPF 023.070.674-69
 CPM-RN 5214

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

12:30

em exame na cabana H08K,
 si por um do contêiner.

ex de novo: B6, 615, si de H05
 motores, fcc face

fe crânio: si H08K08K,
 por um de artefatos de movimen-

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO

() INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TRANSFERÊNCIA

() OUTROS (Descrever)

Observações:

Lacão

co: observação de neurologia

10

abundante na

lacão na c-
 macho.

Starlynn Freire dos Santos
 CRM 5722
 Neurocirurgia

Data: 1 / 1

Hora: 12:30

Identificação Médica



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - RN
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
1ª DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ/RN
Rua Presidente Dutra, s/n, Alto de São Manoel - Mossoró-RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1991/2014

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito
LOCAL: Alberto Maranhão - próximo ao supermercado Rebouças, centro, Mossoró/RN
DATA E HORÁRIO DO FATO: 10/10/2014, por volta das 10h30min..

COMUNICANTE: Elias da Silva Ferreira, brasileiro, solteiro, servente, filho de Manoel Ferreira e Maria Alice da Silva Ferreira, Natural de Mossoró/RN, 20/07/70, RG n.º 0034412051/TEP/RN, Residente na Rua Herculano Couto - 1528, Barrocas, Mossoró/RN.

VÍTIMA: Carlos Augusto Ferreira Nogueira, solteiro, aposentado, filho de Vicente Augusto Nogueira e Maria Ferreira Nogueira, natural de Mossoró/RN, nascido aos 05/03/62, RG 1.437.462, residente à rua Herculano Couto - 1528.

ACUSADO: PREJUDICADO

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para registrar que no local, dia e horário acima mencionados, a vítima andava em sua cadeira de rodas pelo local do acidente, quando, um veículo de cor vermelha, abalroou no mesmo e fugiu sem prestar socorro, tendo sido socorrido pelo SAMU e conduzido para o HRTM, conforme registro sob o nº2491894. Nada mais disse.

TESTEMUNHA:

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro da Ocorrência. Todas as informações aqui contidas são de responsabilidade do comunicante.

Mossoró/RN, 20 de outubro de 2014, às 15h47min.
Elias da Silva Ferreira
VÍTIMA OU COMUNICANTE
APC - Mossoró/RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRÉENCHIDO 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, Conselheiro Augusto Ferreira Nogueira
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.487-462 EXPEDIDO POR SP/ RN EM 16/09/1992
CPF 400235934-87 /CNPJ _____, PROFISSÃO Aposentado
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Conselheiro Augusto F. Nogueira 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 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 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) 0560 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 390200-5

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 COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Marcelo R. 21 de novembro de 2016 LOCAL E DATA
Maria do Socorro Nogueira de Souza ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
MARUANA
13 JAN 2015

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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



