



Número: **0811502-78.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/08/2020**

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	
ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59531 524	05/09/2020 15:39	2748028_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	19/02/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010020472-4

Nr. da Autenticação 62565A3A4864AEF6



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150040800 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS **Data do acidente:** 29/10/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTE PÉ DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PÉ DIREITO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM ANTE PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO PLANTAR DOS PODODÁCTILOS DIREITOS EM GRAU RESIDUAL

Resultados terapêuticos: PÉ DIREITO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO COM ÓRTESE GESSADA POR 30 DIAS.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

UF do CRM do médico: CE

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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

Sinistro: 3150040800 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS
Endereço do(a) Examinado(a): RUA CHAILTON FERNANDES DE ARAUJO nº 15 - AEROPORTO - MOSSORO/RN
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1711625 - SSP
Data local do exame: 12/02/2015 MOSSORO/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)

FRATURA DOS OSSOS DO ANTE PÉ DIREITO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**PÉ DIREITO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO COM ÓRTESE GESSADA POR 30 DIAS.
ALTA MÉDICA**

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

☒ 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.

PÉ DIREITO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM ANTE PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO PLANTAR DOS PODODÁCTILOS DIREITOS EM GRAU RESIDUAL

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

PÉ DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 12/02/2015

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6362

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 05/09/2020 15:39:25

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090515392562400000057128439>

Número do documento: 20090515392562400000057128439

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6393117

A/C: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Sinistro: 3150040800
Vitima: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS
Data Acidente: 29/10/2014
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: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 000010020472-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
-----------------------------------------	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00357/00358 - carta_15R



00040179



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

Nº de inscrição: 012607954-46

Data de Nascimento: 20/04/82

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO *1004037



REGISTRO CIVIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

REGISTRO CIVIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Nome: Ana Lucia dos Santos Assis

Francisco de Assis

Eljane dos Santos

Mossoró-RN

20.04.1982

DATA DE NASCIMENTO:

Casamento Nº 23.109-liv A-101 fls

Doc: 201 cart. Mossoró-RN

Assinado por: *Francisco de Assis*

Assinado por: *Eljane dos Santos*

Assinado por: *Francisco de Assis*

Assinado por: *Eljane dos Santos*

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura:

ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 08/05/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Ana Lucia dos Santos Assis*

Assinatura do Titular

CARTÃO DE IDENTIDADE

ARUANA
SEGUROS S.A.

15 JAN 2015

Sinistro DPVAT





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES - DEFD
Rua Santídio Gurgel, s/n, Alto de São Manoel- Mossoró-RN - Tel. 84 3315 3542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 587/14

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COMUNICAÇÃO DE FATO

DATA: 29/10/2014

LOCAL: BAIRRO BOM JESUS, MOSSORÓ/RN

HORA: PREJUDICADO

COMUNICANTE: ANA LÚCIA DOS SANTOS ASSIS

TELEFONE: 84-9932-9477

DT NASCIMENTO: 20/04/1982

IDADE: 32 anos

DOCUMENTO: RG nº 1.711.625 SSP/RN e CPF nº

012.607.954-46

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO: FAXINEIRA

ENDEREÇO: RUA CHAILTON FERNANDES DE ARAÚJO, Nº 15, AEROPORTO 2, MOSSORÓ/RN.

VÍTIMA: A COMUNICANTE

TELEFONE:

DT NASCIMENTO:

IDADE: anos

DOCUMENTO:

SEXO: FEMININO

NATURALIDADE: MOSSORÓ/RN

FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS E EDIJANE DOS SANTOS

CUTIS/ETNIA: Branca Parda Indígena Negra Amarela Não informado

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO:

NOTICIADO (A):

DT NASCIMENTO:

SEXO:

FILIAÇÃO:

CUTIS/ETNIA: Branca Parda Indígena Negra Amarela Não informado

PROFISSÃO E LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Presente nesta DP, a comunicante, para informar que conduzia um ciclomotor Shineray, modelo XY50Q PHONENIX, Chassi LXYXGBL05C0209153, Motor JP39FMBCA126969, cor Vermelha, Ano/modelo 2012/2012, cilindradas 49,0 cc, pertencente a Maria Rejane Alencar Fonseca, endereço: Sítio São Francisco, 06, Zona Rural, Mossoró/RN (conforme nota Fiscal Nº 000.001.947 Distribuidora de Motos Vieira Ltda); QUE no dia e local acima mencionados, nas proximidades do Junior Bar, quando ia trabalhar, perdeu o equilíbrio da moto e se acidentou; QUE procurou atendimento Médico na UPA RAIMUNDO BENJAMIN - BH (Conforme ficha de Atendimento e Urgência Nº REGISTRO 322573); Nada mais disse;

TESTEMUNHAS

NOME:

ENDEREÇO:

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: EXPEDIÇÃO DE B.O. e Encaminhamento a 1º DP.



Mossoró - RN, 3 de novembro de 2014, às 09:41 horas

Ana Lucia dos Santos Assis
Comunicante



Wagner Gomes Ribeiro
Servidor

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

7004026





		Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde		 SUS Sistema Único de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA				Unidade: UPA RAIMUNDO BENJAMIN - BH	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 322573				Atendimento Nº: 65748	
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS ASSIS				Idade: 20/04/1982 (32a 6m)	
Sexo: Feminino				Profissão:	
Cartão SUS: EDJANE DOS SANTOS				Profissão:	
Endereço (Rua/Avenida): RUA CHALTON FERNANDES DE ARAJO				Nº: 15	
Bairro: AEROPORTO				Cidade: MOSSORÓ	
Estado:				Telefone: 9932-9477	
Data: 29/10/2014				Hora: 18:09	
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO				Rubrica Servidor: FABIANO DANTAS DE ALMEIDA	
Assinatura do Paciente:					
ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito					
Acolhimento com classificação de risco:					
Queixa:					
Antecedentes Alérgicos: <i>cho</i>					
HAS <i>77</i> DM <i>77</i> Assinatura: <i>Glaucia</i> Classificação:					
ANAMNESE:					
<i>psiquiatria</i>					
<i>psiquiatria</i>					
<i>psiquiatria</i>					
<i>psiquiatria</i>					
<i>psiquiatria</i>					
EXAME FÍSICO:					
Peso: _____ Temperatura: <i>hepe</i> F.C.: _____ PA: <i>120/80</i> Glasgow: _____					
SpO2: _____ HGT: _____					
<i>sem sinais de desidratação</i>					
<i>la</i>					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
() Laboratório:					
() Radiológico:					
() ECG () Outros					
Hipótese do Diagnóstico: <i>CD 42 M 15 J</i>					
Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para AIH					
Saída: Data/Hora _____ às _____ h () Alta referido para UBS () Óbito					
() Outra Unid. Urgência () Especialidade					
() Internação no Hospital:					

ARUANA SEGUROS S.A.
 CID: **15 JAN 2015**
 Médico: (Carimbo e Assinatura)
SINISTRO PRIVAT
Carla Lopes
 FAMILIAR

