

# 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 pós trauma facial e dor residual em limitação funcional em mão esquerda.

**Resultados terapêuticos:** Paciente vítima de atropelamento no dia 10/10/2014 em Mossoró/RN, apresentou trauma leve em região da face e mão esquerda, associada a escoriações leves, realizado assepsia, aplicação 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 cursam 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 Saúde 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)o 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](http://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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

*Maria do Socorro Nogueira de Souza*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 586.872 DATA DE EXPEDICAO 25/07/2013

NOME MARIA DO SOCORRO NOGUEIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO VICENTE AUGUSTO NOGUEIRA

NATURALIDADE MARIA FERREIRA NOGUEIRA

MOSSORO 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 ORIENTADOR 2a. VIA

EL Nº 2.116 DE 20/08/83

ARUANA  
SEGUROS S.A.

15 JAN 2015

Sinistro DPVAT

OUTROS



1004054



200.37499542-0002

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Carlos Augusto Ferreira Regenero 05.03.68  
Profissão: \_\_\_\_\_ Cartão SUS n°: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: H. A. Araújo Couto 1526 Bairro: Bananeiras  
Cidade: Mossoró U. F.: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_

Data: 10/10/14

Hora: 12:30

A. C. C. R.: \_\_\_\_\_

VERDE

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

Viagem de deslocamento (carcinoma x cano), apresentou  
lesões nas pernas.  
Apresenta flutuação na face, esonoxia MMII  
Nada queixas toraco-abdominais

2 - EXAME FÍSICO

E. G. R., acordado, eufórico, corado  
A. B. C.: insalutar a palpação  
Tórax: 5/enfisema subcutâneo, 5/crepitação  
Neuro: Glasgow 15

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Politraumatizado

ARUANA  
SEGUROS S.A.  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 27/10/2014  
Mauke  
SAME / ARQUIVO  
Sistema DPVAT

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



## 4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 1 / 1

Hora:

Anal. NCR

Anal. BMF

AXTMAX AP / Rocio AP

Ref 10/10/14 12:30

Resente arbores com história de queda de cabeça de modo a traumatismo facial. Paciente com

em região parietal D, segmento de arco

de 5 cm. A compressão, manobra ou de osso e bordas normais, sem sangramento ativo ou sangramento de continuidade. A R. Fee, não se observam sinais compatíveis com fratura das ossos da face.

condição patológica e sintoma (4) de FCC nos arcos local

- Omitir o tratamento cirúrgico + profilaxia anti-infecciosa em VBS

- Prescrição de casa

- Alho prof

Adelino Rocha  
Cirurgião Bucal - ORL  
CRM 3192 - RJ

## 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) Voltaren 75mg 1amp IM		11:35	R. Zelle
	(2) Dipirona - 1amp IM IV			
	(3) Cefotaxima 1g IM w 6h			
	(4) 5AT 5000 UI IV			
	(5) Dieta BRANCA			
	após liberação de			
	na casa			
	(6) compressa de gelo em			
	Hemiface (7) 3x1 dia			

Dr. Valdemir da S. Ferreira  
Cirurgião Oncologista  
CPF 023.070.674-89  
CRM RJ 5214

## 6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

12:30

na altura da cabana Host, si para o ventral.

ex de um: B+C, 6/5, si de 1/5 motores, FCC face

de crânio: si H. anstomas,

porém o antefato de movimento

## 7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

( ) ALTA DO PRONTO SOCORRO

( ) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

( ) TRANSFERÊNCIA

( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

Lição

em: observação de evolução

abundante nova

lição na c -  
marcha.

Starlynn Freyre dos Santos  
CRM 5722  
Neurocirurgia

Data: 1 / 1

Hora:

Identificação Médica



ARUANA  
SEGUROS S.A.  
15 JAN 2015  
Sinistro DPVAT





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 003441205/1TEPI/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 05/03/68, 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 nº 2491894. 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

*Elias da Silva Ferreira*  
APC - 1000091-2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO 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, Carlos Augusto Ferreira Nogueira  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.437.462 EXPEDIDO POR SSPI RN EM 16/09/1992  
 CPF 400235934-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Aposentado  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Renda (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos 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](http://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](http://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) 290200-5

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



