

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 **Data do acidente:** 10/10/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
NOGUEIRA

PARECER

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

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

Resultados terapêuticos: Paciente vitima de atropelamento no dia 10/10/2014 em Mossoro/RN, apresentou trauma leve em regiao 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.

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 Vítimas 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 mão 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 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, aposicão de curativo e analgésicos, sendo liberado após avaliação médica. Exames de imagem normais.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 limitação funcional em mão 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"

"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):

Região Corporal (Sequela):

Região crânio facial

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

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

% 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

Díxon Medeiros Lima
MÉDICO GERAL E CARDIOLOGIA
CRM 5897

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.

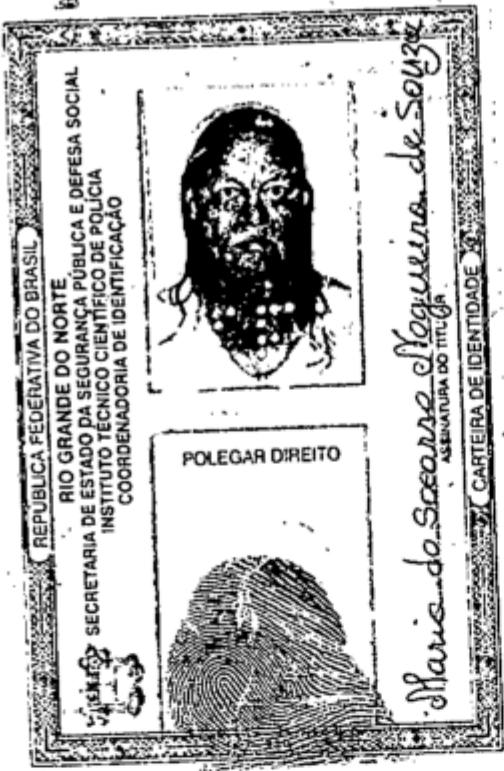
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

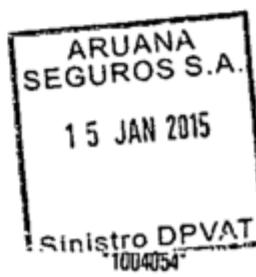
Seguradora Líder-DPVAT





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOVA	586.872	DATA DE EXPEDIÇÃO 25/07/2013
MARIA DO SOCORRO NOGUEIRA DE SOUZA		DATA DE NASCIMENTO 25/08/1955
NATURALIDADE: Mossoró RN		DOC. CRIMINAL CERT. DE CASAMENTO L-46 F-59 RG-3161
Mossoró RN		MOSSORÓ RN-2 CARTÓRIO
CPP 369.264.264-49		2a. VIA
		ASSINATURA DO DIRETOR
		ELN/216 DE 20/08/2013



OUTROS





20037499542-0002

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Enilson Augusto Ferreira Vazquez 05/03/68
Profissão: _____
Endereço: Rua: H. e Adalberto Couto 1526 Bairro: Baixos
Cidade: Mossoró U. F.: _____ Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 10/10/14

Hora: 10:30

A. C. C. R.: VERDE

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

início de desprendimento (caterinante xano), apertou desmame nos 10 dias.

Apresenta febre no face, escorronas MM
Não queixas torácio abdominal

2 - EXAME FÍSICO

E.G.R, acordado, eupnico, contuso

ABD: inchaço à palpação

Prax: Sforzimento subcutâneo, 3/4 evaporação

Neuro: Glasgow 15

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

Polirrquinose

ARUANA
SEGUROS S.A.
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME P/ ORGANIZAR
SAME MOSSORÓ 12/10/2014

Manoel

SAME / ARQUIVO
Sist. de Registro DPVAT



4 - CONDUTA MÉDICA

Data:

1. 1

Hora:

Anal. NCR

Anal. BMF

EXTMAX AP / facia AP.

Data 10/10/14 12:30

Paciente anestesiado com lidocaina 1% Dr. Valdemir da S. Ferreira
Cirurgião Oncologista
CPF 023.070.674-09
CRM/RN 5214

e hemostasia feita. Porece FCC

em região genito d, segmento d, com
de 5 cm. A emarginação, nenhuma onda de esvaziamento venoso, com segre-
gantes obliterando as coligas de continuidade. A TC face, não se observam infecções
concomitantes com futura lesão óssea da face.cough patognomônico e cutâneo ~~de FCC~~ nos anais local

- oncológico de cavitário hérlio e perfusão anti-septica em VAS

- Prescrição de caca

- Alte prof

Adelina Rocha
Cirurgião Plástico
CRM/RN 3192 - R.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
01/10/14 11:30	1) Valforem 75mg flamp 1M	1	11:35	R. Zolico
02/10/14 11:30	2) Dipirona 500mg 1000mg 1/64 5m	1		
03/10/14 11:30	3) Cefotaxime 1gt 1000mg 6666	1		
04/10/14 11:30	4) SAT 5000 1000 1/14	1		
05/10/14 11:30	5) Ofela branca 1000mg 1/1000 1000mg 1000mg 1000mg	1		
06/10/14 11:30	6) comprimido de gelo em Hemifase 3x1000	1		

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

12:00 Nas avessas na cadeira fixa,

se forma do conselheiro.

ex: nervo: B6C, 615, 5100R, 5

motones, face

de crânio: si Hk anastomoses,

fractura e artefatos de movimen-

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO

() INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TRANSFERÊNCIA

() OUTROS (Descrever)

Observações:

Lsgm

ex: estonavagão neurotóxico

Abertura nova -

lsgm na cr -

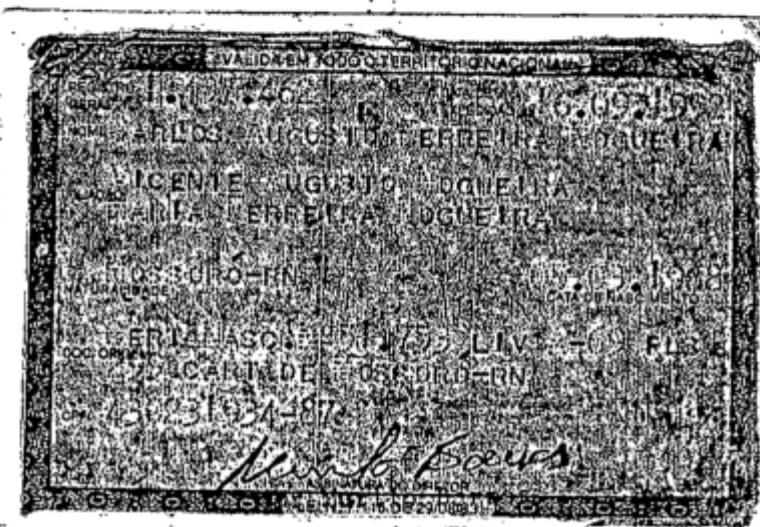
murcha.

Starlyn Freire dos Santos
CRM 5722
Neurocirurgião

Data: 1 1

Hora: :

Identificação Médica



ARUANA
SEGUROS S.A.

15 JAN 2015

Siñistro DPVAT



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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/ITEP/RN, Residente na Rua Herculano Couto - 1528, Barreiras, Mossoró/RN.

VÍTIMA: Carlos Augusto Ferreira Nogueira, solteiro, aposentado, filho de Vicente Augusto Nogueira e Maria Ferreira Nogueira, natural de Mossoró/RN, nascido em 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 nº2491694. 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.
115019
VI. M. D. O. COMUNICANTE
SOLICITADO PARA ASSINAR
APC - 1991/2014-R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Carlos Augusto Ferreira NogueiraPORTADOR(A) DO RG Nº 3437-462EXPEDIDO POR SSP / RNEM 16/09/1992

CPF 4002030939-87 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Aposentado
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido *) 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), 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 POUPIANÇA 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 POUPIANÇA (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 DA INDENIZAÇÃO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

Neuropólis, 21 de novembro de 2014

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

15 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

