



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**

**COMARCA DE BOA VISTA**

**2ª VARA CÍVEL DE COMPETÊNCIA RESIDUAL - PROJUDI**

**Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR**

**- CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4755 - E-mail: v4cv@tjrr.jus.br**

Processo 0801667-88.2013.8.23.0010

**SENTENÇA**

Vistos, etc.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório- Dpvat proposta por Romir Gomes Amorim em face de Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S.A..

No EP 50, as partes homologaram acordo extrajudicialmente, requerendo, para tanto, a homologação do juízo.

É o relatório. Decido.

Pois bem. Determina o inciso III do artigo 269, do Código de Processo Civil, que o processo deve ser extinto, com julgamento do mérito:

“III – quando as partes transigirem;”

A autocomposição é, com certeza, a melhor forma de resolução dos conflitos de interesses, posto que é possível, de imediato, que ambas as partes envolvidas saem do episódio satisfeitas; o que, evidentemente, não ocorre quando, ao contrário, a

solução é imposta pelo Judiciário.

Assim, em tais casos, acordando as partes, desaparece a lide, e, preservados seus interesses, deve o acordo ser homologado, sendo, por consequência, extinto o processo.

Com isso, vislumbra-se um acordo de vontade feito de maneira livre e consciente, e, portanto, passível de homologação, judicial, independentemente da realização de audiência.

Sendo assim, diante do exposto, julgo extinto o processo com resolução de mérito, na forma do inciso III do artigo 269, do Código de Processo Civil, homologando o acordo firmado no EP 50.

P. R. Intimem-se eletronicamente.

Certificado o trânsito, arquivem-se os autos com as devidas baixas no sistema.

Boa Vista, data constante no sistema.

Ângelo Augusto Graça Mendes

Juiz de Direito.

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

**Informações da Vítima**

Nomê completo: Romir Gomes Amorim

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informações do acidente**

Local: \_\_\_\_\_

Data do Acidente: 1 / 1 /

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº \_\_\_\_\_ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_).

Local, data, \_\_\_\_\_

Romir Gomes Amorim  
Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem, causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

M.I.D. / Coluna Cervical

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

coluna lombar e M.I.D.  
com traumatismo cervical e osteomielite

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

continua em coluna cervical

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias  
b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima:

condições e danos do sistema  
de mto. dor a nível de tórax

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- ☐ Sim, em que prazo:  
☒ Não:

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento, como sendo geradora(s) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total  
(Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ Parcial  
(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar-se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão Mto ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2ª Lesão colun. lombar ☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Dr. U. 14/10/14

Assinatura do médico - CRM:

Dr. Samir A. Xand  
MEDICO  
CRM/RN: 1283