

# 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: 28/05/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000010008506-7

---

Nr. da Autenticação 25255EA6C1BB008D

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013279942**Cidade:** Nova Russas**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 20/10/2012**Emissor do parecer:** Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 31475-9

## PARECER

**Data da análise:** 24/05/2013

**Valoração do IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNC DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 3.375,00

**Médico avaliador:** MARIA TEREZA

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CE**

**Processo n.º 0117514-70.2016.8.06.0001**

**BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**, neste ato representada por seus procuradores, conforme atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**, já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A parte autora, por livre e espontânea vontade, realizou Avaliação Médica para fins de Conciliação, consoante laudo anexo, sendo apurada indenização a pagar, descontando-se o valor já indenizado administrativamente.

A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de **R\$ 5.400,00 (cinco mil, quatrocentos reais)** para a liquidação do feito, acrescido da importância de **R\$ 1.080,00 (um mil e oitenta reais)** referentes ao pagamento de honorários de sucumbência, totalizando a quantia de **R\$ 6.480,00 (seis mil, quatrocentos e oitenta reais)**.

O pagamento será efetuado mediante depósito judicial em até 30 (trinta) dias a contar da homologação judicial. No que tange ao pagamento das custas processuais finais, requerem a aplicação do artigo 90, §3º, do Código de Processo Civil.

Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será cobrado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto ao objeto da ação da vítima Manuel Bezerra de Oliveira, inscrita no CPF sob o n.º 026.459.767-27 de modo que dá, neste ato, plena, irrestrita e irrevogável quitação do Seguro DPVAT relativos

ao acidente de trânsito ocorrido em 24/10/2012 nos termos do Boletim de Ocorrência nº 1927/2012, para nada mais reclamar em Juízo, ou fora dele, seja a que título for.

Declaram as partes que o presente acordo é fruto de sua livre manifestação de vontade, não havendo vício algum, de qualquer ordem, sobre os termos acima dispostos.

As partes desde já concordam com o imediato levantamento dos valores após a confirmação do depósito judicial, requerendo a expedição de guia de levantamento em favor da parte autora independente de nova manifestação das partes.

Por todo o exposto, **as partes requerem homologação do presente acordo**, com a expedição de alvará para o levantamento da quantia depositada a título de transação entre as partes, independente de nova manifestação, bem como a extinção do processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, III. Alínea b, do Código de Processo Civil e sua consequente remessa ao arquivo geral deste Tribunal.

Nestes Termos,

P. Deferimento.

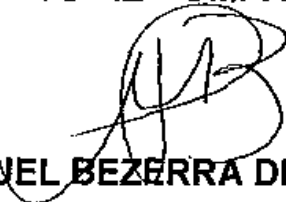
Fortaleza, 06 de junho de 2016.



**ANTONIO DOS SANTOS MOTA.**

**OAB/CE nº. 19. 283**

**BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**



**MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

**P/P MARCELO PEREIRA BRANDÃO**

**OAB/CE 26.103**

## Informações da Vítima

Nome completo: Manuel Bezerra de Oliveira  
CPF: 026.459.767-27  
Endereço completo: Nova Russas-cé

## Informações do Acidente

Local: Nova Russas-cé  
Data do acidente: 24/10/2012

## Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prévia em razão do processo judicial nº 0117514-70.2016.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização desta avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

Crateús - CE, 31 de maio de 2016

local e data

*Manuel Bezerra de Oliveira*

assinatura da vítima

## Avaliação Médica

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

☒ ( X ) 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):

### MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DIREITO

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.

**FRATURA DO PLATÔ TIBIAL. TRATAMENTO CIRÚRGICO E FISIOTERAPIA. LUXAÇÃO DO OMBRO. TRATAMENTO CONSERVADOR COM FISIOTERAPIA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DOS MEMBROS COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO**

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

☐ ( ) Sim    ☒ ( X ) Não

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) ( X ) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)**

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DOS MEMBROS COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO**

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

( ) Sim, em que prazo:

( X ) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da 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) anatômico(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: MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO**

a) ( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) ( X ) Parcial (Dano anatômico 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 anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2) ( X ) Parcial Incompleto (Dano anatômico 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 Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

**Membro superior - Lado Direito**

( ) 10% Residual ( X ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

2ª Lesão

**Membro inferior - Lado Direito**

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( X ) 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:

Assinatura do médico - CRM

Crateús - CE, 31 de maio de 2016

  
J. C. Mendes Cavalcante  
MÉDICO - CREMEC 9050