

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLEY TEIXEIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000066888-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1406201305000000000023703226000000066888337500 PAGO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Informações do Acidente

Sinistro: 2013278497

Nome da Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Local: MOSSORÓ, RN

Data do Acidente: 10/03/2013

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

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

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

**FRATURAS DO PUNHO ESQUERDO E DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ FISIOTERAPIA.**

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.

AO EXAME, COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Em caso de resposta afirmativa para “a” e/ou “b” no item III e/ou “a” no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

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

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

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

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: OMBRO DIREITO

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão: PUNHO ESQUERDO

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: MANOEL FERNANDES DA
SILVEIRA

Registro no CRM: 2999 RN

Local do Exame: **ORTHOS**

Data do Exame: 05/06/2013

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498138 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLEY TEIXEIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 000000066888-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1406201305000000000023703226000000066888337500 PAGO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Sinistro: 2013278497

Nome da Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Local: MOSSORÓ, RN

Data do Acidente: 10/03/2013

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

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

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

**FRATURAS DO PUNHO ESQUERDO E DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ FISIOTERAPIA.**

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.

AO EXAME, COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Em caso de resposta afirmativa para “a” e/ou “b” no item III e/ou “a” no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

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

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

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

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: OMBRO DIREITO

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão: PUNHO ESQUERDO

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: MANOEL FERNANDES DA

SILVEIRA

Registro no CRM: 2999 RN

Local do Exame: **ORTHOS**

Data do Exame: 05/06/2013

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013278497

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez

Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 10/03/2013

Emissor do parecer: Otelo Corrêa
dos Santos Filho

Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A

Prestadora: ACE Gestão de
Saúde Ltda.

CRM do médico: 2999

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DO PUNHO ESQUERDO E DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ FISIOTERPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 05/06/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

UF do CRM do médico: RN

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um dos punhos
Perda completa da mobilidade de um dos ombros

%	Dimensão	Graduação
25	1	50
25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013278497

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez

Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 10/03/2013

**Emissor do
parecer:** Maria
Tereza
Ramos de
Araujo
Amorim

Seguradora: FEDERAL DE
SEGUROS S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 29/05/2013

**Valoração do
IML:**

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados
terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas
permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITACAO FUNCIONAL

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013278497

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez

Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 10/03/2013

Emissor do parecer: Otelo Corrêa
dos Santos Filho

Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A

Prestadora: ACE Gestão de
Saúde Ltda.

CRM do médico: 2999

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DO PUNHO ESQUERDO E DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, COMPROMETIMENTO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ FISIOTERPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 05/06/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA

UF do CRM do médico: RN

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um dos punhos
Perda completa da mobilidade de um dos ombros

%	Dimensão	Graduação
25	1	50
25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013278497

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez

Vítima: MARLEY TEIXEIRA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 10/03/2013

**Emissor do
parecer:** Maria
Tereza
Ramos de
Araujo
Amorim

Seguradora: FEDERAL DE
SEGUROS S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 29/05/2013

**Valoração do
IML:**

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados
terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas
permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITACAO FUNCIONAL

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação

Valor avaliado: 0,00



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAPITAO DE CAMPOS/PI

Processo n.º 08000290820198180088

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDILSON HIGINO DE ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAPITAO DE CAMPOS, 16 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI