



27/07/2021

Número: **0816219-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FABIO ELIANO DA SILVA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46109 822	22/07/2021 13:00	<u>Petição</u>	Petição
46109 825	22/07/2021 13:00	<u>2753323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46109 826	22/07/2021 13:00	<u>2753323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002452200000043810934>
Número do documento: 21072213002452200000043810934

Num. 46109822 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063287 Vítima: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15480291



Cap 00047/00048 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 2107221300266700000043810937

Núm. 46109825 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063287 Vítima: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000041300-0

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
005150120	119.574.484-66	José Fábio Eliano da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José Fábio Eliano da Silva		CPF: 119.574.484-66	
Profissão: RECUSO	Endereço: Sítio Camucá	Número: 5/N	Complemento: Casa
Bairro: ÁREA RURAL	Cidade: São Sebastião de Breves	Estado: Pb.	CEP: 58119000
E-mail:	Tel. (DDD): (83) 9-8805-6654		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668

CONTA: 41300 0

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
Nome: Adalton Santos de Oliveira
CPF: 109.758.079-60

Adalton Santos de Oliveira
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Felipe Henrique F. de M. Pava
CPF: 011.411.514-93

2º | Nome: Felipe Henrique F. de M. Pava
CPF: 011.411.514-93

Assinatura

2º | Nome: Lílian de Carvalho Pava
CPF: 290.459.179-00

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00085.01.2020.1.05.101

— CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00085.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:52 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Fabio Eliano da Silva**, conhecido(a) por Eliano, CPF nº 119.574.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Francisca Mendes da Silva e Severino Eliano da Silva, natural de São Vicente Ferrer/PE, nascido(a) em 13/02/1990 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camuçá, N° S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Mercearia de Seu Juceri, na cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio São Tomé, nº S/N, Estrada Vicinal, Zona Rural, Alagoa Nova/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/09/19 14:16h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 TODAY, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 1993/1993, UF: PB, placa MMV-4186, características gerais: Último Licenciamento: 1998; espécie: Passageiro; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: São Sebastião de Lagoa de Roça/pb; situação: Em Circulação.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE, AMBOS JÁ DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, NDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMPATÍVEIS AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Delegacia de Comarca de Lucena
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00085.01.2020.1.05.101

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 4

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 04 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4

JOSÉ FABIO ELIANO DA SILVA
Notificador



Procedimento Policial: 00085.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
005150120	119.574.484-66	José Fábio Eliano da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José Fábio Eliano da Silva		CPF: 119.574.484-66	
Profissão: RECUSO	Endereço: Sítio Camucá	Número: 5/N	Complemento: Casa
Bairro: ÁREA RURAL	Cidade: São Sebastião de Breves	Estado: Pb.	CEP: 58119000
E-mail:	Tel. (DDD): (83) 9-8805-6654		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668

CONTA: 41300 0

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: João Pessoa, 06/02/2020
Nome: Adalton Santos de Oliveira
CPF: 109.758.079-90

Adalton Santos de Oliveira
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Felipe Henrique F. de M. Pava
CPF: 011.411.514-93

2º | Nome: Felipe Henrique F. de M. Pava
CPF: 011.411.514-93

Assinatura

2º | Nome: Lívia de Carvalho Pava
CPF: 290.459.179-00

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000041300-0

Nr. da Autenticação 3F9392BC3464E131



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Ressalta para sempre pagamento da nota fiscal contra de energia elétrica N° 032.786.748



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDNALVA MARQUES DA SILVA
SIT CAMUCA S/N
SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1502485-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	17/10/2019	157	24/10/2019	R\$ 76,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/10/2019				
Pagador: EDNALVA MARQUES DA SILVA CNPJ/CPF: 069.245.704-61				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007589651	001502485201910	24/10/2019	R\$ 76,33	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 8

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.116.528
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/11/2012
NAME	JOSÉ FÁBIO ELIANO DA SILVA
FILIAÇÃO	SEVERINO ELIANO DA SILVA FRANCISCA MENDES DA SILVA
NATURALIDADE	SAO VICENTE FERRER - PE
DOC ORIGEM	NASC. N. 5939 FLS. 280 LIT. A/06 CARTÓRIO SÃO VICTOR FERRER Nº 100 Pernambuco - PE
ASSINATURA COPIADA	<i>[Handwritten signature]</i>
CARTERA DE IDENTIDADE	LEI N° 7.110 DE 20/08/83
NAO ALFABETIZADO	13/02/1990
DATA DE NASCIMENTO	
ESTADO DA PARAÍBA	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA ESTADUAL - P-231	
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACAO	
MATERIAL DE MULHER CIVIL	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 012973916277

4508498802

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20160500009235-5

MA

1

ODI RENAVAM

0025257890-2

ANTIC

00/00000000

NOME/PREDNOME
MARINALVA MORAIS MONTEIRO
RUA PROJETADA SN

58387000 JUAREZ TAVORA - PB

CPF/CNPJ

05562824426

PLACA

LLG8483 / PB

NOME ANTERIOR

ALUIZIO PEREIRA DA SILVA

PLACA ANT/JUF

LLG8483 RN

CHASSI

9C2KC1620AR054446

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

ANO FAB

ANO MOD

2010

2010

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN MIXES

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KC16E2A054446

0

JUAREZ TAVORA - PB AL

41581



Marinalva

DATA

07/12/2016

31054



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063287 Cidade: Alagoa Nova Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA Data do acidente: 23/09/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA (P5).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063287 Cidade: Alagoa Nova Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA Data do acidente: 23/09/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA (P5).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 13

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051540/20

Vítima: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

CPF: 119.574.484-66

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA : 119.574.484-66

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA
CPF: 119.574.484-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002667000000043810937>
Número do documento: 21072213002667000000043810937

Num. 46109825 - Pág. 14



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.^o 08162196320208150001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FABIO ELIANO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 20 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002809800000043810938>
Número do documento: 21072213002809800000043810938

Num. 46109826 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:00:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213002809800000043810938>
Número do documento: 21072213002809800000043810938

Num. 46109826 - Pág. 2