

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Edinardo Tófilo de Souza brasileiro, casado,
maior de idade, inscrito no RG 3254329 e
CPF 069.123.989,16 residente na Rua 503
TARGINO DE COSTA N: 41 Cidade dos Colibris São Pessoa PB

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado,
devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA,
OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com
endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro
Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et
extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou
administrativas; assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar
ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e
prontuários médicos, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer
junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente
instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou
sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos
necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes caudalcos em conjunto ou
separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido,
transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou
acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber
RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos,
assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização
de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 14 de maio de 2020

Edinardo Tófilo de Souza
OUTORGANTE

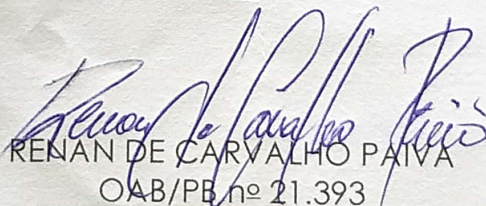
☎ 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço **COM** reserva de poderes que me foram conferidos por Edivaldo Tenório de Souza, portador do CPF: 069.123.484-36 e RG: 3.257.529 SSP-PB, ao advogado **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob nº 19.339, com escritório cito na Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo/PB, CEP: 58.310-000, a fim de que ele possa exercer quaisquer atos administrativos e processuais em favor do(a) contratante.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2020.


RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB nº 21.393



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-237



Ediwaldo Teófilo de Souza
ASSINATURA CONTÍGUA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEI 20051420514546000000029465285



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.257.529 -2 VIA DATA DE
REGISTRAÇÃO

04/07/2012

NOME

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

FILIAÇÃO

EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA

MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA

NATURALIDADE

JUAZEIRINHO-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/12/1985

DOC. ORIGEM

CASAM N. 7263 FLS. 63 LIV. B-30
CARTORIO 12 JOÃO PESSOA/PB

CPF

069.123.484-16

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 20/05/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 2 01900000228742 EXRCIO
1 0100423418-7 00/00000000 2019

EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

CPF/CNPJ 06912348416 PLACA OFE8633/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KD0540ER045355 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000 PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA 04/05/2019

JOAO PESSOA-PR 42218 34584

LAURE 00460409357

PB Nº 014666153680 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 04/06/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 06912348416 PLACA OFE8633/PB

RENAVAM 01004234187 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD0540ER045355

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) P A G O

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
34584-0903559-20190604

EDIVANIA PATRICIA TEOFILO DE SOUZA
RUA JOSE TARGINO DE CASTRO 41 B - CID DOS COLIBRI
CEP 58073-187 - JOAO PESSOA / PB (AG: 5)
CPF/CNPJ/RANI: 057.830.154-74



Clt/Sbc:RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICA
Roteiro: 16-0005-442-1980 Medidor:00001324343



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00010621068

VALOR DA FATURA

R\$ 57,77

VENCIMENTO

11/05/2020

REFERÊNCIA

ABR/2020

CONSUMO

206 kWh

6,24kWh/1
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

11/04/2020 121,35

DESCRITIVO									
CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) 1,0554%
601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,000000	0,00	0	27	0,00	0	0
601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,000000	0,00	0	27	0,00	0	0
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	106	0,000000	0,00	0	27	0,00	0	0
610	Subsídio			159,56	159,56	27	43,08	159,56	1,69
ENCARGOS E SERVIÇOS									
906	Devolução Subsídio			-106,95	0	0	0,00	0	0
804	JUROS DE MORA 02/2020			1,03					
805	MULTA 02/2020			2,93					
805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2020			1,20					

CCI: Código de Classificação do Item Total: 57,77 159,56 43,08 159,56 1,69 7,83

RESERVADO AO FISCO 8fe6.8abf.d8ec.74a0.e6f9.d586.dd7b.4bc6												
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
ABR/19	211	LEITURAS			Descrição	Valor(R\$)						
MAR/19	225											
JUN/19	210	Anterior 25/03/20			Serv. Dist.	0,01	0,02					
JUL/19	218	Atual 27/04/20			Compra de Energia	0,00	0,00					
AGO/19	235				Serviço de Transmissão	0,00	0,00					
SET/19	207				Encargos Setoriais	0,00	0,00					
OUT/19	230	Consumo 206 kWh			Impostos Diretos e Encargos	57,76	99,98					
NOV/19	232	Período 33 dias			Outros Serviços	0,00	0,00					
DEZ/19	210	Constante do medidor 1										
JAN/20	199				Total	57,77	100,00					
FEB/20	237				Valor do EUSD(Ref 02/2020): R\$ 51,87							
MAR/20	191	PRÓXIMA LEITURA										
ABR/20	217	26/05/2020										

INDICADORES DE QUALIDADE					(REFERÊNCIA - 02/2020 - Conjunto Mangabeira)								
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO								
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	5,07	0,00	10,15	20,30	Nominal	220 V							
Vezeiras em que o cliente ficou sem energia - FIC	3,17	0,00	6,35	12,70	Contratada	202 V							
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	2,86	0,00			Limite inferior	231 V							
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	12,22												
ATENÇÃO SEGUNDA VIA DE CONTA													
<p>Conforme MP 902/20 (os clientes beneficiários da Tarifa Social Baixa Renda, com consumo até 220 kWh terão direito a 100% de desconto no valor do consumo de energia elétrica, entre 1º de abril e 30 de junho de 2020).</p> <p>Valores relacionados ao ICMS, PIS/COFINS = Contribuição da Iluminação Pública sendo cobrada na conta conforme legislação Estadual, Federal e Municipal.</p> <p>Limite Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.</p> <p>Parâmetro para o cliente: O Energia está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energia ON e Whatsapp (80) 90155-5542.</p> <p>REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatu(r)is acima relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/05/2020. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento, após esse prazo não elimina a possibilidade da dívida suspender o fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se a conta não seja quitada na unidade consumidora para compensação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatu(r)is acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em registro de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.</p> <p>Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$106,95</p>													

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

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 042.749.650 - Emissão: 24/04/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 09453.315179 1 825200000005777

PAGADOR:EDIVANIA PATRICIA TEOFILO DE SOUZA CNPJ/CPF: 057.830.154-74

RUA JOSE TARGINO DE CASTRO 41 B - CID DOS COLIBRI - JOAO PESSOA / PB - CEP 58073-187

Nosso-Número

Nº Documento

Data de Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago

31502440009453315

1062106-2020-04-6

11/05/2020

57,77

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/05/2020 20:51:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051420514634300000029465286
Número do documento: 20051420514634300000029465286

Num. 30683490 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edson do Teófilo de Souza

RG nº 3257529, data de expedição 04/07/12 Órgão SSP-PB

CPF nº 06912348416 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSÉ TARGINO DE CASTRO</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CIDADE DOS COLIBRIS</u>
Cidade	<u>SOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58073-187</u>
Telefone de Contato	<u>98830 7157</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOÃO PESSOA 14 de maio de 2020

Assinatura do Declarante: Edson do Teófilo de Souza





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Eduardo Teófilo da Silva portador(a)
da identidade RG 3257529, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
08:56 horas, portador(a) da patologia CID-
10 T93, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/05/2020

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PA 52762

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(*) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00065.01.2020.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00065.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:33 horas do dia 06 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edivando Teófilo de Souza**, CPF nº 069.123.484-16, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Maceneiro, filho(a) de Maria Lauriete Teófilo de Souza e Edivaldo Antônio de Souza, natural de Juazeirinho/PB, nascido(a) em 04/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Targino de Castro, Nº 41, complemento casa, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bem Mais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98664-7797.

Dados do(s) Fatos:

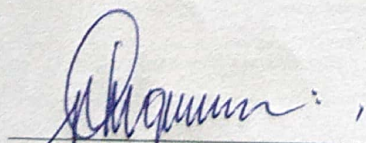
Local: Rua Próximo As Três Lagoas, Jardim Planalto, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 171 Caput do CPB (Estelionato)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo/motocicleta de placa Placa: OFE8633-PB Combustível: ALCO/GASOL Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: BRANCA Vencimento Licenciamento: 29/05/2020 Observação: CHASSI: 9C2KD0540ER045355 Município: JOAO PESSOA Situação: EM CIRCULAÇÃO; QUE relata que seguia na sua mão, quando um veículo FIAT não sabendo especificar marca e modelo, vinha na sua direção e adentrou para a esquerda, não respeitando o notificante que vinha na via, que devido a esse fato veio a colisão, fazendo com que o notificante viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 03/02/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) carro particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,1

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.

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2020.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDIVANDO TEÓFILO DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 00065.01.2020.1.00.420





NOME EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

LOC. DE NASC. JUAZEIRINHO - PB

05/12/1985

FLUÍDO EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA

MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA

DOC. APPRESENTATO R.G. 3257529 SSP PB

ESTADO CIVIL CASADO

LE 99-000 DE 14 DE MARÇ DE 1999

NO 3257529

069.123.484-16

LOCAL DA EMISSÃO	DATA

18/01/2008

INACIO MACHADO DE SOUZA FILHO
Deputado Estadual do Trabalho/PR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

[illegible]

30 ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Empregado contratado pelo prazo de 30 (trinta) dias, em caráter experimental, com término em 01/10/2019, podendo ser prorrogado por uma única vez, obedecendo ao disposto no § único do Art. 445 da CLT.

JOAO PESSOA/PB, 02 de Setembro de 2019.

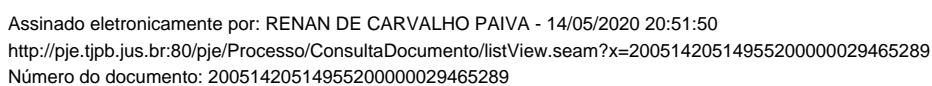
Luciene Maria Tavares de Sena
LUCIENE MARIA TAVARES DE SENA SILVA - ME *Silva*

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

REGO



Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edivando Teofilo de Souza
DATA DE NASCIMENTO 05/12/85
NOME DA MÃE Maria Laurinete Teofilo de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118069
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1189923
DATA DO ATENDIMENTO 13/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em membro inferior esquerdo e região temporal esquerda, nega perda da consciência, apresenta edema em MIE. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E

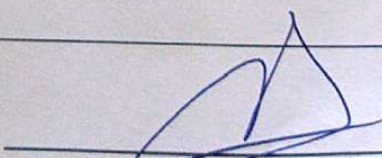
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial E.

ALTA HOSPITALAR: 23/09/2019
DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: **EDVANDO TEOFILO** BE/PRONTUÁRIO: **1189923**
IDADE: **47** SEXO: **m** COR: DATA: **21/9/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** ENF 12/02
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR. THALES FARIAS** 1º ASS: **DR. STERFFERSON**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR. EDVAN**
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

.CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

21/9/2019



Médico/CRM:

21/9/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: EDIVALDO TEOFILO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: EDIVALDO TEOFILO DE SOUZA 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA JOSÉ TARGINO DE CASTRO 9 - Número: 41 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CIDADE DOS COLIBRIS 12 - Cidade: SOAS PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58073-187
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (683) 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 00051888 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar 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.

22 - 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 atenda 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 de 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOAS PESSOA - PB / 12/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Edivaldo Teófilo de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053981

Vítima: EDIVANDO TEOFILLO DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILLO DE SOUZA

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

Recebedor: EDIVANDO TEOFILLO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.659,62

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000051888-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01385/01386 - carta_29 - DAMS





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

2ª VARA REGIONAL CÍVEL DE MANGABEIRA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0803196-58.2020.8.15.2003

[Acidente de Trânsito]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Defiro a gratuidade judiciária, na forma do art. 98 do CPC.

Considerando as medidas preventivas ao contágio pelo novo Coronavírus (**COVID-19**) adotadas por este Juízo; o Ato Normativo Conjunto n.º 003/2020/TJPB/MPPB/DPE-PB/OAB-PB; assim como o inteiro teor da Recomendação n.º 62 de 17 de março de 2020 do Conselho Nacional de Justiça, **deixo de designar audiência de conciliação, instrução e julgamento.**

Cediço que, para as ações que tratam de indenização securitária DPVAT, necessária, via de regra, afora óbito da vítima, a confecção de prova técnica (perícia médica), a fim de comprovar a lesão e o grau/extensão da invalidez, o que comumente é feito neste Juízo por meio de mutirão de audiências.

Entrementes, dada a realidade mundial de risco iminente de contágio pelo aludido vírus COVID-19, altamente contagioso e de potencial letalidade, a realização do referido ato, neste momento, contradiz as recomendações da **Organização Mundial de Saúde – OMS**, a qual recomenda, veementemente, o isolamento social como fator preponderante de combate à propagação do vírus.

Noutra via, tendo em vista o escopo maior de continuar cumprindo o papel de pacificação social do Poder Judiciário durante este grave momento de crise, independentemente de audiência, **cite a parte promovida**



para apresentar resposta, no prazo de 15 dias úteis, cientificando-lhe que a ausência de resposta implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial (art. 334 e 335, ambos do CPC).

Apresentada contestação, **intime** a parte autora, para fins de impugnação (art. 351 do CPC).

Em seguida, dada a indispensabilidade da prova pericial para resolução da lide nestes autos, **determino, após a prática do atos acima, a imediata SUSPENSÃO DO PROCESSO por motivo de força maior, com fulcro no art. 313, VI, do CPC.**

Intimações de preferência pelo meio eletrônico e demais providências necessárias.

Finalmente, determino que seja colocada etiqueta no processo com o nome CORONAVÍRUS, sendo os feitos monitorados pelo Cartório e Gabinete, respectivamente, para, ao final da crise, virem os autos conclusos para aprazamento de audiência UNA.

AO CARTÓRIO PARA QUE, DORAVANTE, OBSERVE AS DETERMINAÇÕES CONTIDAS NO CÓDIGO DE NORMAIS JUDICIAIS (PROVIMENTO CGJ Nº 49/19) e na RESOLUÇÃO nº 04/2019, do Conselho da Magistratura – TJPB, DJE de 12.08.19 – ATENÇÃO.

CUMPRA.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

Juíza de Direito

