



Número: **0801487-85.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Processo referência: **0801487-85**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38832635	28/01/2021 10:57	<a href="#"><u>2777267_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200041169**      **Vítima: JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES**

**Data do Acidente: 11/05/2015**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES**

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 nº 15422223

Pag. 00669/00670 - carta\_01 - INVALIDEZ





## 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:  049.614.928-84 Nome completo da vítima:  José Tomás Gonçalves Soares

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

Nome completo:  José Tomás Gonçalves Soares CPF:  049.614.928-84  
 Profissão:  Readev - xl Número:  011 Complemento:  
 Endereço:  517 - Torcidenta  
 Bairro:  Zona Rural Cidade:  Pilar Estado:  PB CEP:  58000-000  
 Tel (DDD):  83-98849 5530  
 E-mail:  ccf.011@gmail.com

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECLUSO INFORMAR:  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Operações 013  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  4915 CONTA:  4865 Dígito:  5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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, solicite 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

### 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 (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

### MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data:  21/01/2020  
 Nome:   
 CPF:

(\* Assinatura de quem assina o RÔGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

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

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>  
Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 3

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia  
3<sup>ª</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
7<sup>ª</sup> Delegacia Distrital de Cabedelo



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2015  
Ocorrência nº. 4551/2015

7<sup>ª</sup> Delegacia Distrital  
CABEDELO-PB

Aos DEZOITO dias de JULHO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de CABEDELO/PB, na 7<sup>ª</sup> Delegacia Distrital de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CANROBERT RODRIGUES DE OLIVEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:24min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JOSÉ ITAMIR GOÇALVES SOARES**, conhecido por **JOSÉ**, Identidade nº 898310-SSP/PB, CPF nº 049614928-84, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Inácia Gonçalves Da Silva E José Antônio Soares, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 26/05/1963 (42 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, 232, Alto Do Mateus, tendo como ponto de referência: , na cidade de JOÃO PESSOA, fone(s) para contato: (83)87466499.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/Registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 11 de maio de 2015;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: VIADUTO DE BAYEUX, PRÓXIMO A ENTRADA DO AEROPORTO.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE NA DATA E HORA ACIMA CITADO, O DECLARANTE TRAFEGAVA COM SUA MOTO HONDA FAN, NO QUAL FOI ATINGIDO POR OUTRO VEÍCULO, VENDO O DECLARANTE A CAIR E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRÂUMA EM JOÃO PESSOA / PB.

6) OBSERVAÇÕES:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*José Itamir Goçalves Soares*  
JOSE ITAMIR GOÇALVES SOARES

Comunicante

*[Signature]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 133220-1





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



## ADENDO

### OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**NOTICIANTE:** JOSÉ ITAMIR GONÇALVES SOARES **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** PILAR-PB  
**PROFISSÃO:** AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 26/05/1963 **IDADE:** 56 ANOS **RG:** 898.310-SSP/PB **CPF:** 049.614.928-84 **FILIAÇÃO:** INÁCIA GONÇALVES DA SILVA **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, Nº 232, ALTO DO MATEUS, JOÃO PESSOA-PB. **TELEFONE:** 83- 98746-6499 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** BRANCO **DIA DO OCORRIDO:** 11/05/2015 **LOCAL DO FATO:** VIADUTO DE BAYEUX-PB, PRÓXIMO A ENTRADA DO AEROPORTO.

**NARRATIVA:** EM RAZÃO DO MEU OFÍCIO E A REQUERIMENTO VERBAL DE PESSOA INTERESSADA, PASSO A ADITAR A OCORRÊNCIA POLICIAL Nº. 4551/2015 REGISTRADA NO DIA 18 DE JULHO DE 2015 PARA ACRESCENTAR O MODELO E A PLACA DA MOTOCICLETA CONDUZIDA PELO NOTICIANTE DE SUA PROPRIEDADE NO MOMENTO DO ACIDENTE POR ESTE NOTICIADO PERANTE ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA E DEMAIS INFORMAÇÕES, QUAIS SEJAM: MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO DE FABRICAÇÃO 2012/2013, DE PLACA NPT-8161/PB CHASSI Nº. 9C2KC1670DR008073, DE COR PRETA.

COMUNICANTE: *José Itamir Gonçalves Soares*



Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 30 de novembro de 2018

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.268-1





## 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:  049.614.928-84 Nome completo da vítima:  José Tomás Gonçalves Soares

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

Nome completo:  José Tomás Gonçalves Soares CPF:  049.614.928-84  
 Profissão:  Readev - xl Número:  011 Complemento:  
 Endereço:  517 - Torcidenta  
 Bairro:  Zona Rural Cidade:  Tijolos Estado:  PB CEP:  58000-000  
 Tel (DDD):  83-98849 5530  
 E-mail:  ccf.011@gmail.com

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECLUSO INFORMAR:  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Operações 013  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  4915 CONTA:  4865 Dígito:  5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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, solicite 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

### 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 (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

### MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data:  21/01/2020  
 Nome:   
 CPF:

(\* Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

2º | Nome:   
 CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

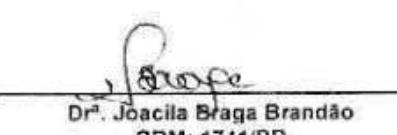
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>  
Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 7

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
NOME DO PACIENTE	JOSE ITAMIR GONÇALVES SOARES	
DATA DE NASCIMENTO	26/05/63	
NOME DA MÃE	INACIA GONÇALVES DA SILVA	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	836.035	
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXX	
DATA DO ATENDIMENTO	11/05/15	
HORA DO ATENDIMENTO	08 25H	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO + FERIMENTOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS	
CID 10	V29 - S82.6.0 + T00.8	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM MÃO ESQUERDA, QUADRIL ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO + FCC EM JOELHO ESQUERDO + ABRASÕES E EDEMA EM MÃO ESQUERDA + EDEMA E DOR NO 2º QDE E EDEMA + DOR NO TORNOCÉLIO ESQUERDO. GLASGOW 15		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX DA MÃO ESQUERDA.		
RX DE TORNOCÉLIO ESQUERDO = FRATURA NO MALÉOLO LATERAL.		
RX DE JOELHO ESQUERDO = SINAIS DE GONARTROSE.		
RX DE BACIA		
<b>TRATAMENTO:</b>		
PACIENTE SUBMETIDO A AVALIAÇÃO COT + IMOBILIZAÇÃO COM TALA-BOTA + SUTURA DOS FCC. MEDICADO.		
ALTA HOSPITALAR:	11/05/2015	
DATA DA EMISSÃO:	13/07/2015	
 Dr. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB		

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



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Rua 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

RG 037.226.356 - N° 037.226.356



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 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOSE ANTONIO SOARES  
SIT PARAIBINHA S/N  
PILAR

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697552-8

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2020

16/01/2020

50

23/01/2020

R\$ 41,58

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO:

00190.00009 02624.912008 10931.416175 8 8143000004158

Pagador: JOSE ANTONIO SOARES CNPJ/CPF: 099.321.144-20

SIT PARAIBINHA S/N - PILAR - PILAR / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010931416	000697552202001	23/01/2020	R\$ 41,58	

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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>

Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 9

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



625



CTC RECIFE PE PI 7 DATA DE POSTAGEM: 14/01/2020  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



77113070211527480297149933140120



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>  
Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Henrique Gonçalves Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.614.928 / 84, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima João Henrique Gonçalves Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.614.928 / 84, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Avenida Lemos</u>		<u>172</u>	
Barrio	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ccf.adlv@gmail.com</u>	<u>83-3506-1910</u>	<u>83-98849.5530</u>	

João Pessoa - 23/24 de outubro de 2020

Local e Data

Adriano Luiz de Oliveira Coutinho Neto

Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017

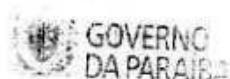


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>  
Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 836035

## Identificação do paciente

ID 069477	Nome JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/05/1963	Idade 51 anos 11 meses 15 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Profissão
Mãe INACIA GONCALVES DA SILVA	Pa. JOSE ANTONIO SOARES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88514768	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 888310	Nº Cns		
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade PILAR	CEP/R		

## Endereço

CEP 58307560	Município de residência BAYEUX	UF PB	Licenciado Ana Nery
Número SN	Complemento		Bairro Tambay

## Admissão

Data e Hora Prevista 11/05/2015 08:25:41	Número da pulseira 3060581	Convenio SUS
---	-------------------------------	-----------------

Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RODOVIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou SAMU	

## Sinais Vitais

PA 121 x 61 mmHg	P脉 69	Temperatura 37.0 2 98
---------------------	----------	--------------------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Diagnóstico

CID

Atendido por  
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Tempo

Imprimir

16/06/15







## Primeiro Atendimento Médico

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA			
<p><i>Colisão carro x moto (condutor da moto), Vento ( ), perdeu o controle</i>  <i>Repercussão direta em um braço, queimadura</i>  <i>e queimadura ( )</i></p>			
<b>EXAME PRIMÁRIO</b> <b>VIAS AÉREAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Fervidas <input type="checkbox"/> Bloqueadas <b>CERVICAL IMOBILIZADA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>VENTILAÇÃO</b> <b>TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</b> <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input checked="" type="checkbox"/> Com dificuldade <b>VENTILAÇÃO MECÂNICA</b> <b>APNÉIA</b> <b>AUSCULTA PULMONAR:</b> <b>MURMURÍO VESICULAR</b> <input checked="" type="checkbox"/> Presente e intenso <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente		<b>CIRCULAÇÃO</b> <b>COR DA PELE:</b>  <b>TEMPERATURA DA PELE:</b>  <b>PULSO:</b>  <b>AUSCULTA CARDÍACA</b> <b>RÍTIMO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Acelerado <b>BULHAS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normotônicas <input type="checkbox"/> Hipotônicas <b>SOPRO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Hipotônicas <input type="checkbox"/> Absente <b>BE OU BA:</b> <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <b>FC:</b> <input type="checkbox"/> bmp <b>PA:</b> <input type="checkbox"/> mmHg <b>BT:</b> <input type="checkbox"/> °C <b>ECG:</b>	
<b>2 - RUIDOS</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<b>HTO</b> Roncos Sibilos Estertores	<b>HTE</b> Roncos Sibilos Estertores
<b>20</b> imp <b>SaO<sub>2</sub></b> <input type="checkbox"/> %		<b>ABDOMEN:</b>	
<b>DÉFICIT NEUROLÓGICO</b> <input type="checkbox"/> Fato/reatente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <b>Diferença:</b> _____		<b>2 - Glasgow</b>	
<b>ABERTURA OCULAR</b>		<b>MELHOR RESPOSTA VERBAL</b> <b>ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA</b> <i>(&lt;4anos)</i>	
Fraca	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5 <b>MELHOR RESPOSTA MOTORA</b> <b>Coedece aos comandos</b>
Alerta	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4 <b>Localiza a dor</b>
Ativado estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3 <b>Retra o Membro</b>
Estupor	1	Sons incompreensíveis / inquieto	2 <b>Flexão anormal (flexão)</b>
		Nenhuma / Nenhuma	1 <b>Extensão Atonia (extensão)</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>(5)</b>		Nenhuma





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES**

**BE: 836035**

**DATA: 22/5/2015 15:58**

**DATA EXAME: 11.05.15**

**RX. MÃO ESQUERDA AP E OB**  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.

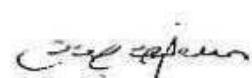
**RX. BACIA AP**  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.

**RX. TORNOZELO AP E P**  
FRATURA NO MALLEOLO LATERAL.

**RX. JOELHO ESQUERDO AP E P**  
SINAIS DE GONOARTROSE.

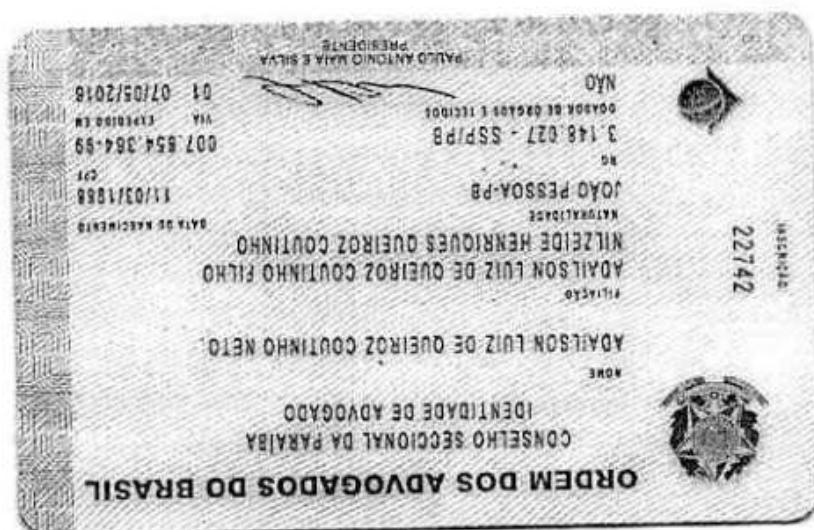
*Exames realizados com limitações técnicas por ter sido feito em ambiente de emergência.*  
*Obs.: Superímos correlação clínica e laboratorial.*

08

  
**DR. CAIO MÁRIO MEDEIROS**  
**RADIOLOGISTA CRM 3645**







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

DETAN - PB N° 014202299872

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REFE. 20190600000608-4

1 0050667700-1 00/00000000 2019

JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES .

CPF / CNPJ 04961492884 PLACA NPT8161/PB

NOVO ESPECIE TIPO ALCO/GASOL.

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. MÁQUINA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 150 FAN ESI 2012 2013

CAP / FOT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS

I	00/00/0000	1*
P	PARCELAMENTO / COTAS	2*
V		3*
A	0	

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURADO 17/01/2019

RESERVA DE DOMINIO

LOCAL 0 DATA 17/01/2019

SAPE-PB 40665 40720

Selo da Seguradora

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE O TRANSPORTADAS OU NAO

PB N° 014202299872

ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradoras.com.br SAC DPVAT 0800

VIA CPF / CNPJ 1 04961492884

RENAVAM 00506677001 HONDA/CG

ANO FAB. CAT. TAN. 2012 9 9C2KC1670

PRÉMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DENATRAN

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) PAGAMENTO

\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

COTA UNICA PAR

S

SEGURADORA CNPJ 09.248.407-20-1118189-





**Tribunal de Justiça da Paraíba - 1º Grau  
Processo Judicial Eletrônico - 1º Grau**

**Detalhe do Processo**

Número do Processo: 0852577-80.2016.8.15.2001  
Classe Judicial: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Órgão Julgador: 11ª Vara Cível da Capital  
Órgão Julgador Colegiado:  
Data de distribuição: 21 de Outubro de 2016  
Assunto:  
DIREITO CIVIL / RESPONSABILIDADE CIVIL / INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL /  
ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Informações do processo**

<b>Polo Ativo</b>	
<b>Nome Parte</b>	<b>Tipo Parte</b>
IRINA NUNES CABRAL DE PAULO	ADVOGADO
JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES	AUTOR

<b>Polo Passivo</b>	
<b>Nome Parte</b>	<b>Tipo Parte</b>
BRADESCO SEGUROS S/A	RÉU

<b>Movimentação do Processo</b>	
<b>Data de atualização</b>	<b>Movimento</b>
21/08/2019 15:40:01	Arquivado Definitivamente
21/08/2019 15:39:50	Juntada de certidão trânsito em julgado
26/05/2019 00:02:26	Decorrido prazo de IRINA NUNES CABRAL DE PAULO em 21/05/2019 23:59:59.
04/04/2019 18:15:02	Expedição de Outros documentos.
19/12/2018 17:55:53	Indeferida a petição inicial
16/10/2018 16:06:30	Conclusos para despacho
09/03/2018 00:40:02	Decorrido prazo de IRINA NUNES CABRAL DE PAULO em 08/03/2018 23:59:59.
01/03/2018 16:19:35	Juntada de Petição de petição
01/03/2018 16:19:35	Juntada de Petição de petição



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Joé Stomil Gonçalves Soares  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** casado  
**PROFISSÃO:** Agricultor **Nº DO RG:** 198.310  
**ORGÃO EMISSOR:** 55P/73 **DATA DE EMISSÃO:** 25/02/92  
**Nº DO CPF:** 049.614.928-84 **ENDEREÇO:** Sit. Pororilma, Zona Rural, Pilar - PB

**OUTORGADO:** ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742  
**ORGÃO EMISSOR:** OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016  
**Nº DO CPF:** 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Joé Stomil Gonçalves Soares, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Lider ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Joé Pires - 73, 10 de Maior 2019.



Joé Stomil Gonçalves Soares  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034731/20

**Vítima:** JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES

**CPF:** 049.614.928-84

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2015

**Titular do CPF:** JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES : 049.614.928-84

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](http://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: 24/01/2020  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 10:57:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810570856900000037022287>  
Número do documento: 21012810570856900000037022287

Num. 38832635 - Pág. 22