



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	2777267_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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, contatos 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

00020335





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: Joseni Homaira Goncalves Soares

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

Nome completo: Joseni Homaira Goncalves Soares CPF: 049.614.928-84

Profissão: Recebedor de Endereço: Sit. Joracilinda Número: 017 Complemento:

Bairro: Zona Rural Cidade: Pilon Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: ccj.ados@gmail.com Tel (DDD): 83-988495530

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 4865 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascturo (val 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Pilon - PB, 24/01/2020 Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Joseni Homaira Goncalves Soares

Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver): Adilson Luiz de S.C. Neto

(*) 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.







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2015

Ocorrência nº. 4551/2015



Aos DEZOITO dias de JULHO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de CABEDELLO/PB, na 7ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CANROBERT RODRIGUES DE OLIVEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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 Antonio 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 Da 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, VINDO O DECLARANTE A CAIR E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRÁUMA 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, escrevã(o) que digitei.

Jose Itamar Goçálves Soares
JOSE ITAMIR GOÇALVES SOARES

Comunicante

Suelio Moreira Torres
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*
VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 30 de novembro de 2018

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





Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 049.614.928-84	Nome completo da vítima: Jesé Hamilton Gonçalves Soares
------------------------	----------------------------------	--

Nome completo: Joni Thomaz Guimarães Soares CPF: 049.614.928-84

Profissão: <u>Arquiteto - ar</u>	Endereço: <u>Sit. Primavera</u>	Número: <u>011</u>	Complemento:
----------------------------------	---------------------------------	--------------------	--------------

Bairro: 1º de Abril Cidade: Pirajó Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: ss2.arya@gmail.com Tel (DDD): 83-988495530

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

REDA 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) *Operação 013*
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4915 ☐ CONTA: 4865 ☐ 5

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lfder 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 (assinale 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Filhos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não afetado

Local e Data, 2001-75, 24/03/2020

Nome: _____

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

18 | Nome:

CPF:

Assinatura

2* | Nome:

CPF:

Assinatura _____

(*) A última/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.







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	JOSE ITAMIR GONÇALVES SOARES
DATA DE NASCIMENTO	26/05/63
NOME DA MÃE	INACIA GONÇALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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 TORNOZELO ESQUERDO. GLASGOW 15

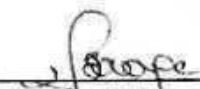
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DA MÃO ESQUERDA.
RX DE TORNOZELO ESQUERDO = FRATURA NO MALÉOLO LATERAL.
RX DE JOELHO ESQUERDO = SINAIS DE GONARTROSE.
RX DE BACIA

TRATAMENTO:

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.

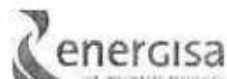


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Receita para simples pagamento da nota fiscal/cobrança de energia elétrica. Nº 037.225.356



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JOSE ANTONIO SOARES SIT PARAIBINHA S/N PILAR		5/697552-8		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	16/01/2020	50	23/01/2020	R\$ 41,58

Acesse: www.energisa.com.br

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO				
00190.00009 02624.912008 10931.416175 8 81430000004158				
Pagador: JOSE ANTONIO SOARES CNPJ/CPF: 098.321.144-20				
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:				



CAIXA

A vida pede mais que um banco



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



7211307021132374002671409030140130



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 Adrielson 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 José Thomaz Gonçalves Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.614.928 / 84 do sinistro de DPVAT cobertura Imovel da Vítima José Thomaz 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.

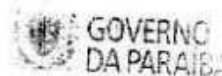
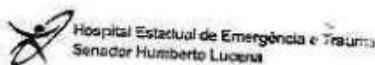
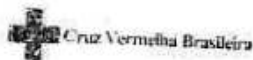
Endereço <u>Avenida Lelermos</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>José Rumen</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf-odiv@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98848.5530</u>	

José Rumen - PB 24 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adrielson Luiz de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 836035

Identificação do paciente

ID 869477	Nome JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/05/1963	Idade 51 anos 11 meses 15 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe INACIA GONCALVES DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Escolaridade	Pai JOSE ANTONIO SOARES	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88514768	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 898310	Fone Fixo
Local de procedência BR 230	Nº Cns	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
	Naturalidade PILAR	CEP

Endereço

CEP 58307560	Município de residência BAYEUX	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro Ana Nery
		Sinal Tambay

Admissão

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

Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
--------------------------------	-----------------------------------

Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RODOVIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	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	Pulso 69	Temperatura 37,0 98
---------------------	-------------	------------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

CID

Tempo

Imprimir

16/06/15



Ortopedia 14:20h

Paciente vítima de acidente
motorístico, apresentando
dores em TVE - ~~perna~~
e dor no 2º Q. P. E.

Exame:

- claudicação (4/4) em TVE,
motricidade limitada, dor
e palpação malhada. Perda

+

- fratura costal-cantada no
peito @, e fratura
- fratura no peroneo distal
do 2º Q. P. E.

Dequese tende fr. alinha-
da do 1/3 distal do fêmur @

275 fr. do TVE

fratura costal-cantada e
peito (2º Q. P. E.)

De-tudo isto

- fratura do fêmur
distal do 1/3

Dr. Manoel Jorge da Silva

CPF: 044.843.664-20 CRM: 0688

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Teófilo

Dr. Teófilo

Méd. R. Ortopedia

CRM-PB: 9590/RN: 7719

14/05/15
15:40h

Cie Geral

apresenta si-
mexos abdominais ou
torácicas

Abdomen macio

Auscultação normal

Rib. 12. 12. 12. 12.

Ed. 12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.

12. 12. 12. 12.



SUELIO MOREIRA
TORRES

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Colisão com moto (condutor da
moto), Variz, perdas de consciência
depois de um mês, queimadura
e ferimento

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AERIAS ☒ Férias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO

TRÁQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

3. MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2. RUÍDOS

☐ Sim

☒ Não

HTE ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

Pa 20 mmHg

SaO₂ 96 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

FC: 80 bpm

PA: 20 mmHg

ECG: Normal

ABDOMEN: Normal

DEFICIT NEUROLÓGICO

☐ Foto/religioso

☐ Paralisadas

☐ Hóricas

☐ Anisocóricas

☐ Anisocóricas

Escala de Glasgow

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Exatidão	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	
Compreensão verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	
Resposta a estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retra o Membro	
Resposta	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (reflexo de defesa)	
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (Douglas-Dracop)	
				Nenhuma	
TOTAL: <u>15</u>					

SECUNDARIO

☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

1 Abrasão
 2 Amputação
 3 Avulsão
 4 Contusão
 5 Crepitação
 6 Dor
 7 Edema
 8 Empalamento
 9 Erisema subcutâneo
 10 Esmagamento
 11 Equimose
 12 F. Arma Branca
 13 F. Arma de Fogo
 14 F. Contuso
 15 F. Cortante
 16 F. Corto-Contuso
 17 F. Perfuro-Contuso
 18 F. Perfuro-Cortante

19 Fratura Óssea Fechada
 20 Fratura Óssea Aberta
 21 Hematoma
 22 Ingurgitamento Nervoso
 23 Laceração
 24 Lesão Tendínea
 25 Luxação
 26 Mordedura
 27 Movimento torácico paradoxal
 28 Objeto Encravado
 29 Otorrágia
 30 Paralisia
 31 Paresia
 32 Parestesia
 33 Queimadura
 34 Rinorrágia
 35 Sinal de Isquemia
 36

1º Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

X Lavado peritoneal
 X Gasometria arterial
 X Tipagem sanguínea

CONDIÇÕES REALIZADAS
 CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS
 CÓDIGO
 ASSINATURA E CARIMBO
 Rodrigo Campos Monteiro
 CRM 8067

OPINIÃO DE PARECER MÉDICO
 Data: 28/01/2021
 Hora: 15:40h
 Assinatura: Carlos Leite
 CRM 84303

Assinatura do paciente ou responsável: _____





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
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 MALÉOLO LATERAL.

RX. JOELHO ESQUERDO AP E P
SINAIS DE GONARTROSE.

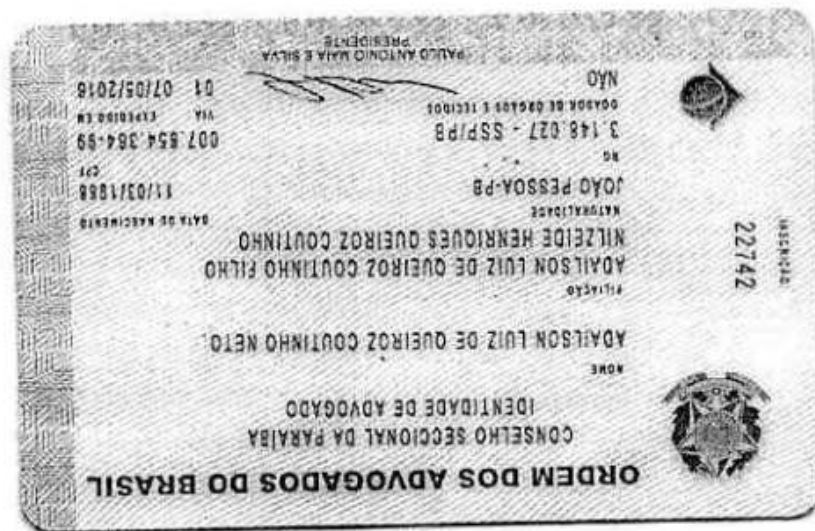
Exames realizados com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de emergência.
Des.: Superimposições correlação clínica e laboratorial.

98

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202299872
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA REF. 20190800000608-4
1 0050667700-1 00/00000000 2019

JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES.

CPF / CNPJ 04961492884 PLACA NPT8161/PB

NOVO PB 9C2KC1670DR008073

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

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

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

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS 1° 00/00/0000 2° 3°

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 17/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL SAPE-PB DATA 17/01/2019

40665 40720

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O
TRANSPORTADAS OU NA

PB Nº 014202299872

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 080

VIA COTA REF. 20190800000608-4
1 0050667700-1 00/00000000 2019

RENAVAM 00506677001 HONDA/CG

ANO FAB 2012 CAT. TAR 9 9C2KC1670

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 17/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL SAPE-PB DATA 17/01/2019

40665 40720





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 CIVEL (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 TRÂNSIT

Informações do processo

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

Polo Passivo	
Nome Parte	Tipo Parte
BRADESCO SEGUROS S/A	RÉU

Movimentação do Processo	
Data de atualização	Movimento
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:	<u>Jose Itamar gonalves Soares</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>casado</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>198.310</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>557/73</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>25/02/92</u>
Nº DO CPF:	<u>049.614.928-84</u>	ENDEREÇO:	<u>5th. Paraibuna,</u> <u>Zona Rural, Pádua - PB</u>

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 Jose Itamar gonalves 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.

João Pessoa - PB, 10 de Maio de 2019.

CARTÓRIO
M. DA FRANCA

Jose Itamar gonalves 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

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 11/05/2015

Titular do CPF: JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES

CPF de: Próprio

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 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

