

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





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: **049.614.928-84** CPF da vítima: **049.614.928-84** Nome completo da vítima: **José Tomix Gonçalves Soares**

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

Nome completo: **José Tomix Gonçalves Soares** CPF: **049.614.928-84**
 Profissão: **Reavesso - De** Endereço: **517. Avenida Boa Vista** Número: **01n*** Complemento:
 Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Palotina** Estado: **PR** CEP: **58000-000**
 E-mail: **ccf.adm@gmail.com** Tel.(DDD): **83-988495530**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECUZO 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) **Operação 013**
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4915** CONTA: **4865** Dígito: **5**
 (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 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, 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 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 discorde de seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 293 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **21/01 - PR, 24/01/2020**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

José Tomix Gonçalves Soares
 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 RODO, 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.





GOVERNO DA PARAÍBA



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 CABEDELO/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, escrivã(o) do seu cargo, ai, 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, VINDO 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.

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

Cabedelo-PB, 30 de novembro de 2018





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: **049.614.928-84** CPF da vítima: **049.614.928-84** Nome completo da vítima: **José Tomix Gonçalves Soares**

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

Nome completo: **José Tomix Gonçalves Soares** CPF: **049.614.928-84**
 Profissão: **Reavesso - De** Endereço: **517. Avenida Boa Vista** Número: **01n*** Complemento:
 Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Palotina** Estado: **PR** CEP: **58000-000**
 E-mail: **ccf.adm@gmail.com** Tel.(DDD): **83-988495530**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECUZO 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) **Operação 013**
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4915** CONTA: **4865** Dígito: **5**
 (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 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, 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 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 discorde de seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 293 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **21/01 - PR, 24/01/2020**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

José Tomix Gonçalves Soares
 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 RODO, 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.



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

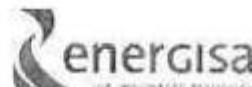
ATENÇÃO: Este documento deslinda-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reverta para simples pagamento na nota fiscal corrente da energia elétrica - N° 037.225.356



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

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 8143000004158

Pagador: JOSE ANTONIO SOARES CNPJ/CPF: 098.321.144-20

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

Nosso-Número	Nº 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



CTG RECIFE PE PT DATA DE POSTAGEM: 14/01/2020

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV.COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



71113070211323748029714699331140126

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 221205 (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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adrielson Soárez 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 Tomás Gonçalves Soárez inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.614.928 / 84, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima José Tomás Gonçalves Soárez, 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

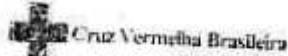
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

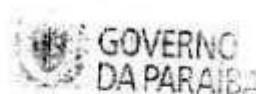
Endereço	<u>Anselmo Leal 172</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>ccf-advs@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-988495530</u>

João Pessoa - PB 24 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adrielson Soárez de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, D -- 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)	Religião: NAO INFORMADA	Physical
Mão: INACIA GONCALVES DA SILVA			Pai: 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		CBO/R	

Endereço

CEP: 58307560	Município de residência: BAYEUX	UF: PB	Logradouro: Ana Nery
Número: SN	Complemento:		Bairro: 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	P脉: 69	Temperatura: 37,0 298
----------------------	-----------	--------------------------

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

Ortopédico 14:40h

Pt. infante Gaudêncio
máscara fixa, sentando-
e de dor em TVE - joelho
e dor no 2º d. f. E-

Exames:

- clava (4/4+) em TVE®,
máscara deambulante, dor
no joelho malo, febre
- ferimento contuso no
joelho®, e suspeita
- ferimento no joelho direito
do 2º d. f. E.

Rx apesar da má clava -
a do 1/3 distal do fêmico®

Urgência de TVE

Ferimento contuso e
joelho 1/3 distal

Do-fêmico

- suspeita de fratura
femoral proximal

Dr. Marcelo Augusto da Mota
CRM: 044.943.654-20 CRM: 06000

Ortopedia e Traumatologia

Dr. Teófilo

CRM-PB: 9690 / RN: 7719

Méd. R. Ortopedia

CRM-PB: 9690 / RN: 7719

11/05/15 Cirúrgico

15:40h Paciente s/
queixas abdомinais ou
toracicas

Aconselhamento
Avulta respi. r. r.
R. bacalhau. Nada.
Gel. ibuprofeno da Cia.
Geral. S/ de alta.

Ortopédico.

PA Hospitalar





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Colisão carro x moto (condutor da moto), Vomito, perdeu o fio de carretilha, referindo dor no braço e joelho.

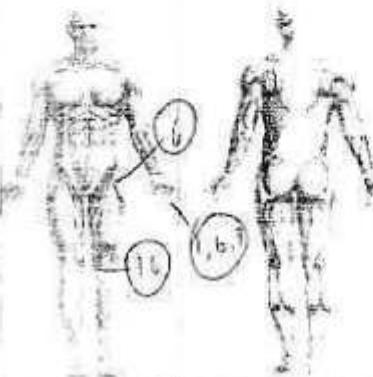
EXAME PRIMÁRIO VIAS AEREAIS <input checked="" type="checkbox"/> Pervias <input type="checkbox"/> Ostruções CERVICAL IMOBILIZADA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: FRACUSA NA LINHA MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA APNÉIA AUSCUTA PULMONAR: MURMÚRIO VESICULAR <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente HTD: <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente HTE: <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente RUIDOS HTD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente Ruidos Sibilos Estertores HTE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente Ruidos Sibilos Estertores 20 min SaO ₂ % DEFÍCIT NEUROLOGICO Fato/reagente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isótopicas <input type="checkbox"/> Anisótopicas Diferença = _____ de Glasgow	CIRCULAÇÃO COR DA PELE: TEMPERATURA DA PELE PULSO AUSCUTA CARDIÁCA RÍTIMO BULHAS SOPRO BE OU BA FC: ____ bpm PA: ____ mmHg T: ____ °C ECG: ABDOMEN:
--	---

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA
Conscientia	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
orientação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
orientação estimulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retra o Membro
orientação	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (flexão lateral)
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anterior (dessecretação)
TOTAL	(S)			Nenhuma

EXCLUIDARIO

Ind. _____
 Dorsal _____
 Lateral _____
 Ido. _____
 2º grau _____
 3º grau _____
 4º grau _____

correspondente →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitáculo | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empilamento | 26 Mordedura |
| 9 Eritema subcutâneo | 27 Movimento torácico paródocal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corte-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

5 Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES REALIZADOS

X Ressonância Magnética
 ✓ Ultrassonografia FAST
 ✓ Radiografia computadorizada

() Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

EXAMES REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Rodrigo Campos Monteiro

Médico
 CRM 8067

Atividade final

ENTREGA DE PARECER MEDICO

Número / As. do dia / As. do dia /

DATA DO PACIENTE

DATA 11/05/01 HORA 15:40

() Centro cirúrgico () Tratamento (unidade de saúde) _____
 () Internação (setor)
 () Até hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revisão () Desistência
 () Após 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IMI () SVO

105 Leite
 CLÍNICA
 105 Leite
 CLÍNICA
 105 Leite
 CLÍNICA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FIM

**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: 22/6/2015 15:58

DATA EXAME: 11.05.15

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

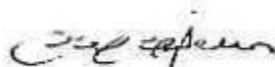
RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSENCIA DE FRATURA.

RX. TORNOCÉLIO AP E P
FRATURA NO MALÉOLO LATERAL.

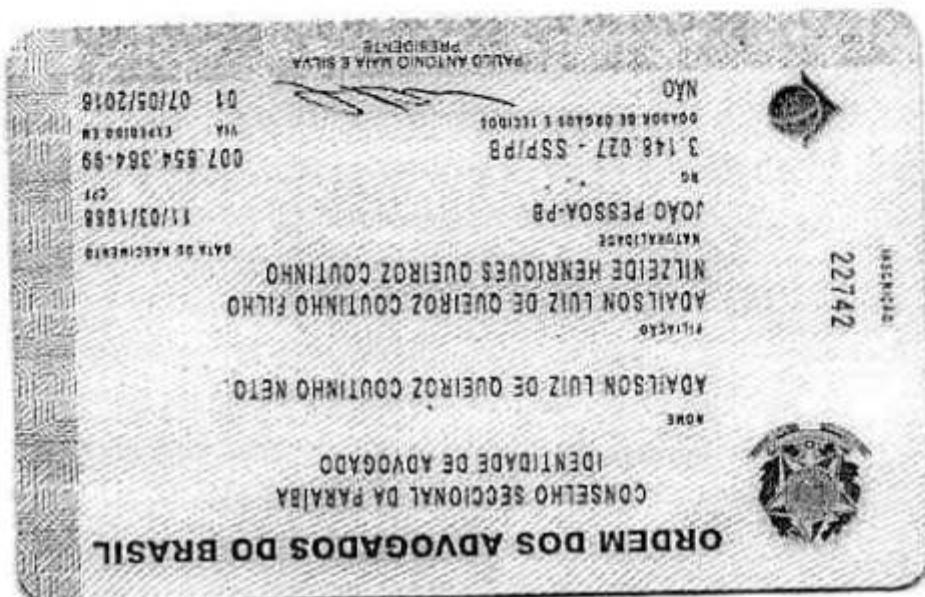
RX. JOELHO ESQUERDO AP E P
SINAIS DE GONOARTROSE.

Exames realizados com limitações técnicas por ter sido feito no ambiente de emergência
Obs.: Bemelhos correlação clínica e laboratorial.

98


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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CÓDIGO PRTM: 20190800000608-4 EDIÇÃO:

1 0050667700-1 00/00000000 2019

JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES.

CPF / CNPJ: 04961492884 PLACA: NPT8161/PB
CHASSI:

NOVO PB 9C2KC1670DR008073

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC	COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL
MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN ESI	ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2013

CAP / POF / CIL: 2 P/149 /GT COTA UNICA	CATEGORIA: PARTIC VENC. COTA UNICA	COR PREDOMINANTE: PRETA VENC / COTAS: 1*
FAIXA IPVA: 00/00/0000	PARCELAMENTO / COTAS: 2*	
V A ***** 0		3*

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURADO PAGO 17/01/2019 RESERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL: 0 DATA: 17/01/2019

SAPE-PB 40665 40720



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU TRANSPORTADAS OU NAO

PB Nº 014202229872

ESTE É O SEU BILHETE DE PAGAMENTO
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora.com.br
SAC DPVAT 0800-1118189

VIA: CPF / CNPJ: 1 04961492884 RENAVAM: 00506677001 HONDA / CG

ANO FAB: 2012 CAT. TARE: 9 9C2KC1670DR008073

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (RS)
***** *****

SEGURADORAS PAGAMENTO
COTA UNICA PARCELA

SEGURADORA
CNPJ 09.348.000/0001-01

40720-1118189-



**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 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: José Itamar Gonçalves Soares
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Agropecuário Nº DO RG: 198.310
ÓRGÃO EMISSOR: 557173 DATA DE EMISSÃO: 25/02/92
Nº DO CPF: 049.614.928-84 ENDEREÇO: Sit. Paraílimpo,
Zona Rural, Pilar - PB

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ÓRGÃO 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 José Itamar 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.

José Pinto - PB, 10 de Maior 2019.

José Itamar 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 médica-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