
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: _____ CPF da vítima: 049.614.928-84 Nome completo da vítima: José Homar Gonçalves Soares

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

Nome completo: José Homar Gonçalves Soares CPF: 049.614.928-84
Profissão: Recebeu de Endereço: Sit. Foxalimba Número: 011 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pálor Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: ccg_cobro@gmail.com Tel (DDD): 83-988495530

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

RENDA 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) Operações 013
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4915 CONTA: 4865 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 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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: Pálor - PB, 24/03/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Homar Gonçalves Soares
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Abdoulon Luiz de S.C. Neto
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 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.



CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 6915 4475

JOSE ITAMIR G SOARES

4915 013 00004865-5 10/21

elo



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 CABEDELÔ/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 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 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.

José Itamir Goçalves Soares
JOSE ITAMIR GOÇALVES SOARES

Comunicante

[Assinatura]
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
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 Homar Gonçalves Soares

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

Nome completo: José Homar Gonçalves Soares CPF: 049.614.928-84
Profissão: Recebeu de Endereço: Sit. Foxalimba Número: 011 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pálor Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: ccg_cobro@gmail.com Tel (DDD): 83-988495530

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

RENDA 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) Operações 013
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4915 CONTA: 4865 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 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: Pálor - PB, 24/03/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Homar Gonçalves Soares
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Abdoulon Luiz de S.C. Neto
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 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.



CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 6915 4475

JOSE ITAMIR G SOARES

4915 013 00004865-5 10/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA 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

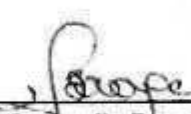
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

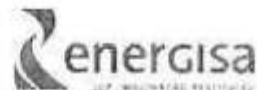
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Regra para simplificar pagamento da nota fiscal: conta 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

JOSE ANTONIO SOARES
SIT PARAIBINHA S/N
PILAR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697552-8

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

16/01/2020

CONSUMO

50

VENCIMENTO

23/01/2020

TOTAL A PAGAR

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 S/A

09.095.183/0001-40

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

Agência / Código do Beneficiário:



A vida pede mais que um banco



CTG 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



721130702113227480297140933014012

B25

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 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 Adelino 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 Imoveliz 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

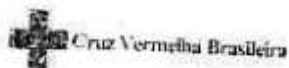
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Avenida Lelmon		172	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	José Rameal	PB	58013-430
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
ccf-odv@gmail.com	83-3506-1910		83-98849.5530

José Rameal - 23 de Janeiro de 2020
Local e Data

Adelino Luiz de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 836035

Identificação do paciente

ID 889477	Nome JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/05/1963	Idade 51 anos 11 meses 15 dias	Religião NAO INFORMADA
Mãe INACIA GONCALVES DA SILVA	Estado civil CASADO(A)	Pai JOSE ANTONIO SOARES
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	DDO Fixo Fone Fixo
DDO Móvel 82	Fone Móvel 88514768	Nº Cnis
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 888310	UF PB
Local de procedência BR 230	Tipos SAIRRO	CEOR
Email	Naturalidade PILAR	

Endereço

CEP 58307560	Município de residência BAYEUX	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro Ana Nery
		Santo 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 URGÊNCIA	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 37,8
---------------------	-------------	---------------------

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

CID

Tempo

Imprimir

16/06/15

Ortopedia 14:00

Paciente com dor
metabólica, glicemia
e de dor no TVE - ~~paciente~~
e de dor no 2º B.P.E

Exame:

- claudicação (+/4+) no TVE,
metabólica, dor
e palpção metabólica. ~~paciente~~

- fratura costal-cantado no
peito C, e metacarpal
- fratura no pé da dor
do 2º B.P.E

De quebra de fratura
do 1/3 distal do fêmur C

HTA FA do TVE
fratura costal-cantado e
peito (2º B.P.E)

Do TVE
- fratura do fêmur
e do pé da dor

Dr. Manoel Henrique da Silva
CPF: 044.943.664-20 CRM: 0680
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Teófilo
Méd. R. Ortopedia
CRM-PB: 9590/RN: 7719

14/05/15 Cie Geral
15:40h

Paciente com
queixas abdominais e
torácicas

Abdomen movente
Aumento de volume
Rabaciar Normal
Ed. e liberação da Cir.
teral

De alta da
Ortopedia.
Ata hospitalar

Carlos Leite
Cirurgião
CRM-PB 4303



HOSPITAL
SANTO

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Colisão com moto (condutor de
moto), Vamito, perda de consciência
depois de um mês, queimadura
de 1º grau

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AERIAS ☒ Livres ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO

TRÁQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - 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 98 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

FC: 80 bpm PA: 120/80 mmHg

ECG:

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

☒ Foco/religioso

☐ Paralisadas

☐ Isocóncias

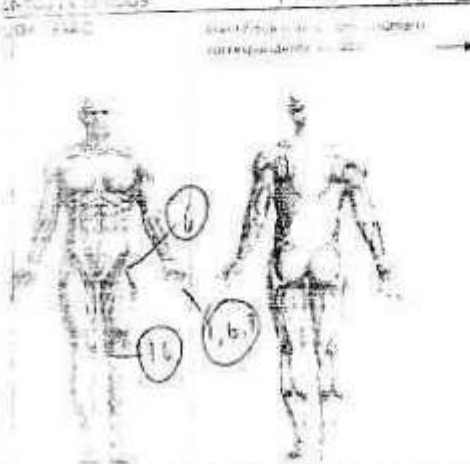
☐ Anisocóncias

[diferença] 0

de Glasgow

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	
A orientação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	
A resposta a estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o membro	
Resposta	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (20° - 45°)	
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (Desobediência)	
				Nenhuma	
TOTAL:					

1. $\frac{1}{2}$	1. $\frac{1}{2}$	1. $\frac{1}{2}$
2. $\frac{1}{3}$	2. $\frac{1}{3}$	2. $\frac{1}{3}$
3. $\frac{1}{4}$	3. $\frac{1}{4}$	3. $\frac{1}{4}$
4. $\frac{1}{5}$	4. $\frac{1}{5}$	4. $\frac{1}{5}$
5. $\frac{1}{6}$	5. $\frac{1}{6}$	5. $\frac{1}{6}$



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorrágia |
| 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. Corto-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Hêmia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

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

X = 123456789
 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9

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

CONDUCTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Rodrigo Campos Monteiro

Urologia
CRM 506

1	1970-71	Recurso	25	do dia	/	/
2	1971-72		25	do dia	/	/

STATE OF CALIFORNIA

- ☐ Centro cirúrgico
☐ Triagem (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão m
☐ ~~Delat~~ ☐ Até 48 hs

50 51 52

30 14 CS

 $\frac{1}{2}c = b$

154

100

 Springer

☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido
☐ ~~Chamado~~ ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.

() A revalia
milia () IML () Desistência
() SVG

Carlos Leite
Cirurgião
CR 4303

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 GONOARTROSE.

*Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em Urgência/emergência.
Des.: Superimos correlação clínica e laboratorial.*

98

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

CEDULA DE IDENTIDADE



POLEGAR DIREITO



Jose Antonio Soares
ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PÁRAMIRIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CRIMINALÍSTICA

REGISTRO CRIMINAL 100.310

NOME **JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES**
José Antonio Soares

RELACÃO
Inacia Gonçalves da Silva
PILAR-PA

NATURALIDADE
DATA DO NASCIMENTO 26/MAI/1963

DATA DE EMISSÃO 25/NOV/1984

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
049.614.928-84

Nome
JOSE ITAMIR GONCALVES SOARES

Nascimento
26/05/1963



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA COTA-REPTM 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



Assinatura

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 0800

VIA CPF / CNPJ
1 04961492884

RENAVAM 00506677001 HONDA/CG

ANO FAB 2012 CAT. TAR 9 9C2KC1670

PREMIO TARIFARIO (R\$) DENATRAM (R\$)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
***** SEGURO

PAGAMENTO COTA UNICA PAR

SEGURADORA
CNPJ 09.248.111/0001-00

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:	<u>Joé Itamir Gonçalves Soares</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>casado</u>
PROFISSÃO:	<u>Aquático</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. Porcilimbo,</u> <u>Zona Rural, Pácor-73</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 Joé Itamir 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 Pedro - 73, 10 de Maio 20 19.



Joé Itamir 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

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