
Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200396596

Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YURE PEREIRA GOMES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 805.220.414-34 4 - Nome completo da vítima: José Ribamar Ferreira Martins

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

5 - Nome completo: José Ribamar Ferreira Martins 6 - CPF: 805.220.414-34
7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 217 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mutirão 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 9880-2050

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00116884 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

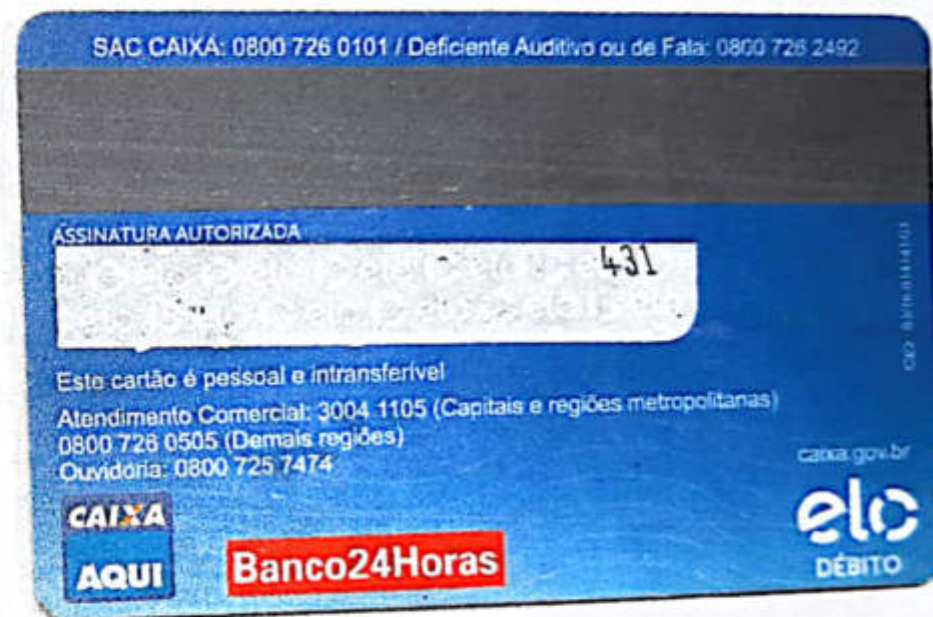
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos - PB, 03 de Setembro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Ribamar Ferreira Martins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019

Aos NOVE (09) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Ai, por volta das 10h29min compareceu JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, brasileiro (a), RG: 2621853 SSP/PB, CPF:805.220.414-34, natural de Patos/PB, data de nasc.17/08/1970, Filho (a) de Inaldo Martins Alves e de Maria Ferreira Martins, Residente na Rua 3 Irmãos, nº S/N, Bairro Mutirão, Patos/PB, Tel.: (83) 9.8800-7500. A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que, na data 09/11/2018, as 18h:20min, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/POP100, Placa: QFK-9575/PB, Renavam: 0105193358-4, ano/modelo: 2015/2015, cor: VERMELHA, chassi: 9C2HB0210FR030183, Licenciada em nome do noticiante, na BR 261, quando em uma curva, sobrou, perdendo o controle da moto, e caiu; que foi socorrido pelo SAMU, e conduzido ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Jose Ribamar Ferreira Martins

Patos/PB, 09 de Janeiro de 2019.

Ana M^{da} C. Leandro
Escrivão ad-hoc de Policial Civil
Mat. 138.428-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 805.220.414-34 4 - Nome completo da vítima: José Ribamar Ferreira Martins

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

5 - Nome completo: José Ribamar Ferreira Martins 6 - CPF: 805.220.414-34
7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 217 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mutirão 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 9880-2050

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00116884 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos - PB, 03 de Setembro de 2020

José Ribamar Ferreira Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ribamar Ferreira Martins,

RG nº 2621.853, data de expedição 14/12/1998, Órgão SSP-PB,

CPF nº 805.220.414-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	3 irmãos
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	Mutirão
Cidade	Patos
Estado	Paraíba
CEP	
Telefone de Contato	(83) 9 9880-2050
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos-PB, 03 de Setembro de 2020

Assinatura do Declarante: x José Ribamar Ferreira Martins

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica:

Nº 051.117.682



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 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE:

MERQUIRIA L****

RUA IRM*** S/N

PATOS

Identificador para Débito Automático: 0000451412-1



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA

5/451412-1



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA

SET/2020



APRESENTAÇÃO

22/09/2020



CONSUMO

91



VENCIMENTO

29/09/2020



TOTAL A PAGAR

R\$ 27,66



Destaque aqui

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/10/2020

Pagador: MERQUIRIA L**** CNPJ/CPF: 625.***.***-**

RUA IRM*** S* - MUTIRAO - PATOS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001874764	000000000202009	29/09/2020	R\$ 27,66	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

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

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

Value Encourages Fair Play, Draft (Ref 08/2015): \$138,47



**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DO BONFIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 7

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: <u>9/11/18</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>15-261</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Jose Ribamar F. Martins</u>	IDADE: <u>47</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>15-261</u>		BAIRRO: <u></u>	MÉDICO REGULADOR: <u></u>	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO: <u></u>				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO: <u></u>				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ ACRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA <u></u> METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☒ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS: <u></u>

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Arresto de Moto

DADOS VITAIS:

VVAA ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A. 120 X 100 FC: 100 TEMP.: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98 SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSVU + Transporte

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pac. consciente, orientado, vitais de acordo com o relato
apresentando lesões pelo corpo e suspeita de fratura
na MEO sob RM para mobilização, curativo e anal
analgésico em MAP

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R. G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Ana Carolina COREN: 420.583 MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: Rafael COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Daniel MAT.: _____

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO - PARATI
ATENDEMENTO COM ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GOVERNO
ESTADUAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Data: 09/10/19 Hora: 15:15 Idade: 44 Gênero: F Nome/Nome Social: RIBEIRÃO FAMÍLIA MANTENA

Origem: Rua Pública Regulado? 15 14 Encaminhado? 15 14

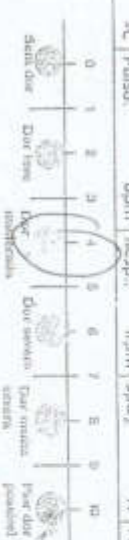
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas: lesões por todo o corpo

Motivo do atendimento: Acidente de Trabalho (mão direita)

Cidade: Patos Alergia? N 15 não sabe

Transporte: SAM Doença Prévia? N 15 não sabe

Uso de Medicação? N 15 não sabe

Temp.: 36	Pulso: 60	bp: 110	freq. resp.: 18	SpO ₂ : 98	% PA: 100	mmHg: 110	HGT: 150	mg/dl: 150
Dor:						Classificação de Risco: () Vermelho (X) Verde () Amarelo () Azul		
Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) (X) S/ Acomp. (Setor não crítico, orientado e capaz de autocuidado) () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora						Especialidade Médica: Dermatologia		

Consultar tabela para prescrição
Assinatura do Médico

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDURHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDURHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685472	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	MARIA FERREIRA MARTINS	FILIAÇÃO II	INALDO MARTINS ALVES
NASCIMENTO	17/08/1970	IDADE	48a 2m
PROFISSÃO	AGRICULTOR	COR	PARDO
ENDEREÇO	RUA TRES IRMÃOS	GÊNERO	M
CIDADE	PATOS	BAIRRO	NOVA CONQUISTA
TELEFONE		CEP	58708206
CNS	R.G. 2.621.853	CPF	REG. NASC.
ESTADO CIVIL	CASADO		
F.A.A	16827	PRONTUÁRIO	10628
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)		
DATA	09/11/2018 Horário: 19:26		
CARATER	02 - URGENCIA	OPERADOR	MAIA
CONVENIO	SUS AMBULATORIO	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
TRANSPORTE	SAMU		
MEDICO	ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAIMENTO PELO SISTEMA TMM

ORTOPEDIA BUCCO
CIRURGEÃO 0301060061 0301060072 0301060061

CARATER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: 600700 / PROCEDIMENTO

1-1 03/11/2018 2-1 03/11/2018 3-1 03/11/2018

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

BUF (2020h)

Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões graves de membros superiores e inferiores, com fraturas de rádio e ulna, fêmur e tíbia, com lesões de pele e tecidos moles. Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação e hipotensão arterial. Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação e hipotensão arterial.

(1) LIBERTADO DA BUF
(2) Aos cuidados da ortopedia

Everton Santos André, CRM
Ortopedia e Traumatologia
CROPB 4385 - CROBSE 1208

PARECERES

DATA	HORA	PARTE
9.11.18	20:45	Ortopedia
		Ausência de lesões em membros, danificadas e base que necessitem de tratamento intra-hospitalar de urgência em ortopedia.
		Alta Hospitalar

Edson Tavares Silva
Ortopedia e Traumatologia
CROPB 4385 - CROBSE 1208

GOVERNAMENTO
MINISTRO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO

Norma/Nonhe Social

6. *Not a member of the Society*

* Consulte tabela para prescrição

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDURHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDURHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685472	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDURHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	MARIA FERREIRA MARTINS	FILIAÇÃO II	INALDO MARTINS ALVES
NASCIMENTO	17/08/1970	IDADE	48a 2m
PROFISSÃO	AGRICULTOR	COR	PARDO
ENDEREÇO	RUA TRES IRMÃOS	GÊNERO	M
CIDADE	PATOS	BAIRRO	NOVA CONQUISTA
TELEFONE		CEP	58708206
CNS	R.G. 2.621.853	CPF	REG. NASC.
ESTADO CIVIL	CASADO		
F.A.A	16827	PRONTUÁRIO	10628
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)		
DATA	09/11/2018 Horário: 19:26		
CARATER	02 - URGENCIA	OPERADOR	MAIA
CONVENIO	SUS AMBULATORIO	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
TRANSPORTE	SAMU		
MEDICO	ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAIMENTO PELO SISTEMA TMM

ORTOPEDIA BUCC
CIRURGEÃO 0301060061 0301060072 0301060061

CARATER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: 600700 / PROCEDIMENTO

1-1 03/11/2018 2-1 03/11/2018 3-1 03/11/2018

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

BUF (2020h)

Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões graves de membros superiores e inferiores, com fraturas de membros superiores e inferiores, sem sinais de choque ou comprometimento da consciência.

(1) LIBERAR DA BUF
(2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Everton Santos André, CRM
Ortopedia e Traumatologia
CROPB 4385 - CROBSE 1208

PARECERES

DATA	HORA	PARTE
9.11.18	20:45	Ortopedia
		Ausência de lesões em membros, danificadas e base que necessitem de tratamento intra-hospitalar de urgência em Ortopedia.
		Alta Hospitalar

Edson Tavares Silva
Ortopedia e Traumatologia
CROPB 4385 - CROBSE 1208



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Jose Ribamar E. Martins portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 20 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S903, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 08
oito dias, a partir desta data.

Patos-PB, 09/11/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.775.258/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12185229

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)





ASSINATURA DO PORTADOR

Yure Pereira Gomes

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 20152

Nome: YURE PEREIRA GOMES

Filiação: ARLINDO JOSE GOMES TEMOTEO
MARIA DO SOCORRO PEREIRA GOMES

Naturalidade: PATOS-PB

RG: 3260218 - SSP/PB

CPF: 086.417.024-66

DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1987

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS: NÃO

VIA: 01

EXPEDIDO EM: 12/11/2014

Vital Bezerra Lopes

VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
805.220.414-34

Nome
JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Nascimento
17/08/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:36:29 do dia 13/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

CÓDIGO DE CONTROLE
12B3.28A6.5151.BEC2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PAIS TRANSDITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF: 805.220.414-34

DATA DE NASCIMENTO: 17/08/1970

LOCAL DE NASCIMENTO: PATOS-PB

DATA DE EMISSÃO: 14/08/2016

VALIDADE: 14/08/2018

14-08-2016

14-08-2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 14/08/2016

VALIDADE: 14/08/2018

CPF: 805.220.414-34

DATA DE NASCIMENTO: 17/08/1970

LOCAL DE NASCIMENTO: PATOS-PB

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 013930645393
 VIA 0105193358-4 00/00000000 2018
 ODB RENAVAM 20180400008686-7
 EXERCÍCIO

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

80522041434

QFK9575/PB

NOVO PB 9C2HB0210FR030183

PAS/MOTOCICLE/MAC APLIC

GASOLINA

HONDA/POP100

2015 2015

2 P/97 /C1

PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO P A G O 25/04/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS-PB

LOCAL

DATA

26/04/2018

36838

16501

PB Nº 013930645393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 80522041434

QFK9575/PB

RENAVAM 01051933584

HONDA/POP100

ANO FAB. 2015

9

9C2HB0210FR030183

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

SEGURO

P A G O

S COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 25/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.808/0001-04

16501-1546057-20180426

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200396596 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO- PAG 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314903/20

Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF: 805.220.414-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 09/11/2018

Titular do CPF: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

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

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS : 805.220.414-34

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: 05/11/2020
Nome: YURE PEREIRA GOMES
CPF: 086.417.024-66

YURE PEREIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

805.220.414-34

Nome completo da vítima

João Ribamar Ferreira Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
João Ribamar Ferreira Martins		805.220.414-34		Fruitista
Endereço		Número		Complemento
3 irmãos		S/N		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Mutirão	Patos	PB		
Email				Telefone (DDD)
				(83) 99880-2050

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO	
Nome			
Bradesco			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
7160	9	81053	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos - PB, 24 de Novembro de 2020

Local e Data

X João Ribamar Ferreira Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Central de Atendimento Visa 1 303 967 1098. Ligue a cobrar, em caso de sinistro no Exterior.

Assinatura Autorizada - Authorized Signature

7160 9 0081053 3 854

Banco24Horas



VISA
Electron



Cartão emitido pelo Banco Bradesco S.A.
Se ele sumir ou for roubado, faça o bloqueio
no aplicativo do next e avise a gente.

 @falanext

 /facedonext

 0800 275 6398

next.me



VALID 8947 06/20

SAC 0800 722 6398 - Deficiência Auditiva ou Fala 0800 722 0099 - Ouvidoria 0800 688 6398

next

4107 1528 4106 8102



07/24

JOSE RIBAMAR F MARTINS



VISA