



Número: **0812847-35.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **17/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40317935	08/03/2021 10:07	<a href="#">2787875_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000116881-5

---

---

Nr. da Autenticação FFBBFE546A9D6EF4



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190396950 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA PG. 8,14

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA). PG. 9  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APRESENTA PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190396950

Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14499031





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190396950**

**Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS**

**Data do Acidente: 24/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000043**

**Conta: 00000116881-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: **805.220.414-34** Nome completo da vítima: **José Ribamar Ferreira Martins**

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

Nome completo: **José Ribamar Ferreira Martins** CPF: **805.220.414-34**

Profissão: **Frentista** Endereço: **Rua Três Irmãos / QD 2** Número: **7** Complemento: **Casa**

Bairro: **Nova Conquista** Cidade: **Patos** Estado: **PB** CEP: **58400-000**

E-mail: **emmanoela@hotmail.com.br** Tel.(DDD): (83) 3421-8003 (83) 9 9655-0484 (83) 9 9999-0878

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itad (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0043** CONTA: **00116881** **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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascituro (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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não relacionada

Local e Data: **Patos - PB, 25/ Junho / 2019**

Nome: **José Ribamar Ferreira Martins**

CPF: **805.220.414-34**

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**José Ribamar Ferreira Martins**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018

COMPANHIA  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
Scanned by CamScanner  
AG. JOÃO PESSOA



**CAIXA**

POUPANCA



6277 8015 6241 0294

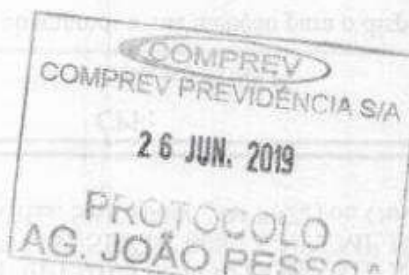
6277

VALID DATE  
06/21

JOSE RIBAMAR F MARTINS

0043 013 00116881-5

**elo**



Scanned by CamScanner





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01446.01.2019.3.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01446.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 25 de junho de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor do Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Manoel Martins Fernandes, matrícula 1355163, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **José Ribamar Ferreira Martins**, CPF nº 805.220.414-34, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Frentista, filho(a) de Maria Ferreira Martins e Inaldo Martins Alves, natural de Patos/PB, nascido(a) em 17/08/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Três Irmãos, Nº s/n, complemento Q 02, L 07, bairro Conjunto Nova Conquista (mutirão), tendo como ponto de referência Creche, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-7500.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Após a Ponte de Figueiredo, Patos/PB, bairro Jatobá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/04/19 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**


(1) Moto, modelo POP 100, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2015, placa QFK-9575, chassi 9C2HB0210FR030183, renavam 01051933584

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

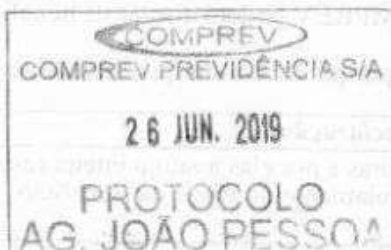
Que no dia (24/04/19) por volta das 19h30min, o declarante estava pilotando sua motocicleta no bairro Jatobá quando um animal (cachorro) cruzou a via surpreendendo o condutor; Que o declarante afirma que tentou desviar, porém não conseguiu evitar a colisão vindo a cair na sequência; Que após a queda foi encaminhado ao PA Maria Marques, no bairro do Jatobá, porém devido as graves lesões no braço e costelas do lado esquerdo foi encaminhado para o HRP de Patos/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Patos/PB, 25 de junho de 2019.

  
**HERMANDO BARBOSA RODRIGUES**  
Agente de Investigação

  
**JOSÉ RIBAMAR FERREIRA MARTINS**  
Noticiante



Procedimento Policial: 01446.01.2019.3.00.401

1/1

Scanned by CamScanner





# 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: 805.220.414-34 Nome completo da vítima: José Ribamar Ferreira Martins

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

Nome completo: José Ribamar Ferreira Martins CPF: 805.220.414-34  
Profissão: Frentista Endereço: Rua Três Irmãos 1 Qd 2 Número: 7 Complemento: Casa  
Bairro: Nova Conquista Cidade: Patos Estado: PB CEP: 58400-000  
E-mail: emmanoela@hotmail.com.br Tel.(DDD): (83) 3421-8003  
(83) 9 9655-0484 (83) 9 9999-0878

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00116881 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos:

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 restarar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não relacionada  
Local e Data: Patos - PB, 25/ Junho /2019  
Nome: José Ribamar Ferreira Martins  
CPF: 805.220.414-34

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

COMPANHIA  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

(\*) 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 de preencher e assinar.

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

FPS.001 V001/2018

PROTÓCOLO  
Scanned by CamScanner  
AG. JOÃO PESSOA



**CAIXA**

POUPANCA



6277 8015 6241 0294

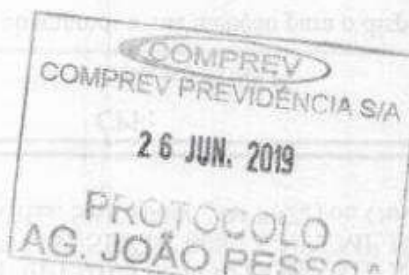
6277

VALID DATE  
06/21

JOSE RIBAMAR F MARTINS

0043 013 00116881-5

**elo**



Scanned by CamScanner





Num. 40317935 - Pág. 10





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

**28910010**

**REFERÊNCIA**

**ABR/2019**

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CILEIDE DOS SANTOS SILVA  
RUA TRES IRMAOS, 7 - QD 2 - NOVA CONQUISTA PATOS  
PB 58700- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.023.080-0375-000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N240126	09/10/2012	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234

Num. 40317935 - Pág. 11





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Lima, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

TAM CONTATO COM A CAGEPA BOM DIA MEU SENHOR
MATRÍCULA
28918857
REFERÊNCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO  
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB  
58704-460

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Piso	
075.005.410.0056.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V13N71346	02/12/2013	EXT LACILIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	HOR DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
807	825	18	29	05/07/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-AMER 20 PORT.	05/2017 HS.		
MAR/2019	10	PARA METROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2019	10	TURBIDEZ	45	49	49	
MAR/2019	12	CLORO	91	92	92	
FEV/2019	14	COL. TERHOT	0	0	0	
JAN/2019	9	COR	45	49	49	
DEZ/2018	9	COL. TOTAIS	91	92	92	
MEDIA (M)	10	DADOS REFERENTES A:	ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 06/06/2019

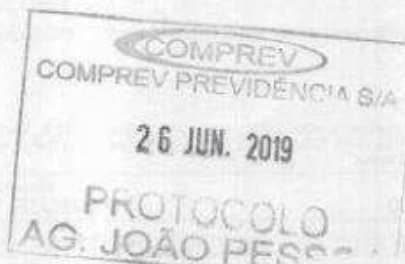
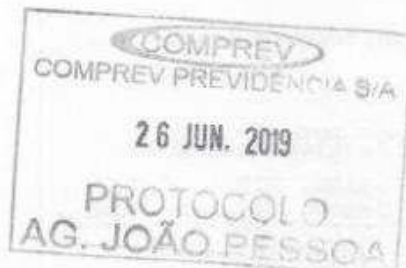
HORA DA IMPRESSÃO: 09:01:01

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

REFERENCIAL 1 UNIDADE(S)



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ribamar Ferreira Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 805.220.414 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Ribamar Ferreira Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº                      /                      conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☒ 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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58704-380
Email emmanoela@hotmail.com.br		Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

Patos-PB, 25 de Junho de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

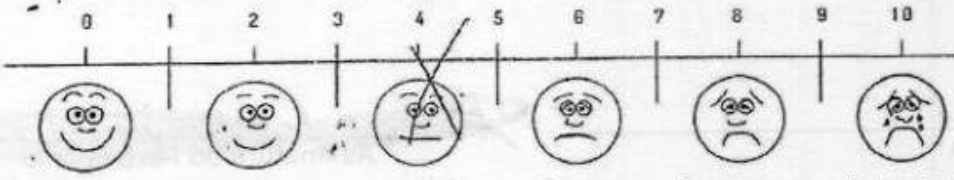
Scanned by CamScanner





## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 24/04/19 Hora 21 h 00 Genero HC  
 Nome/Nome Social João Ruben F. Martins - 48a  
 Origem\* PAMM Regulado? ☒ Sim ☐ Não  
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas 007 Encaminhado? ☒ Sim ☐ Não  
 Motivo do atendimento\* 007  
 Cliente Rafael  
 Transporte SIM  
 Alergia? ☒ Não ☐ Sim  
 Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim  
 Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim  
 Temp. 36 °C Pulso 83 bpm Resp. 12 irpm SpO<sub>2</sub> 96 % PA 70/50 mmHg HGT      mg/dl

Dor:   
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
  
 Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável

Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☒ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul  
 Especialidade Médica Urgência Geral

Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☐ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

Gustavo José de Almeida Vilela  
Enfermeiro  
CC/804-PO 222593

Enfermeiro/Carimbo

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTOCOLO  
AG JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB

CLASSIF. RISCO	AMARELO	FILIAÇÃO II	INALDO MARTINS ALVES	GÊNERO	M
ORIGEM	PATOS-USF PATOS	IDADE	48a An COR PARDO		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS				
NOME SOCIAL	MARIA FERREIRA MARTINS				
NASCIMENTO	17/08/1970				
PROFISSÃO	PRETISTA				
ENDEREÇO	RUA TRES IRMAOS	nºSN	NOVA CONQUISTA		
CIDADE	PATOS	U.F. PB	CEP	58708206	
TELEFONE		BAIRRO	CELULAR		
CNS					
ESTADO CIVIL	CASADO	R.G.	2.621.853	CPF	REG. NASC.

F.A.A	40888	PRONTUÁRIO	10628
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MCARMO
DATA	24/04/2019 Horário: 20:59	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
MEDICO	RALFF LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_ TEMP= \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Algemente bem, com Tensão em Ombro (E) e  
Tórax e Abdome em N  
Acm m. Cerebra.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min *21:17 OMBRO*

DIAGNÓSTICO *Tensão facie e Ombro (D)*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

*PA 40x60 as 22:40*

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*Diagnóstico - Hipertensão - 20/04/2019*

OBSERVAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO

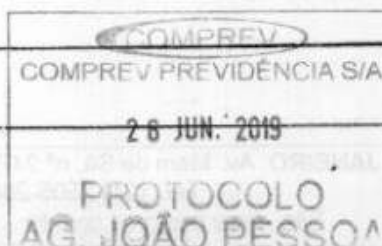
MEDICO/CRM/CNS

*Ralff L. de Medeiros Pereira Lima*  
CRM-PB 4821

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TMM

0408020164



Scanned by CamScanner





( ) 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

1- 0321060029 | 2- 0321060061 | 3- \_\_\_\_\_

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

MÉDICO/CRM

TO ALTA MEDICA  
do dia Timor  
45017 CAM-AN 7701  
0 328 114-88  
0016004213864

Blank lined paper with horizontal ruling lines.

DATA	HORA
------	------

DATA	HORA	
24/04/87		<p>BNT</p> <p>Acidente de moto</p> <p>Permanente abismo no nível gravitacional</p> <p>sem marcas de frenagem pois</p> <p>Col: Alk BNT</p> <p><i>[Signature]</i></p>

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
26 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO FESSOA

Scanned by CamScanner





Nome: JOSE RIBAMAR FERREIRA FERREIRA MARTINS Data Nasc.: 17/08/1970

Id. Pac.: 000000004909

Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

24/04/2019 21:32:26

68.9 %

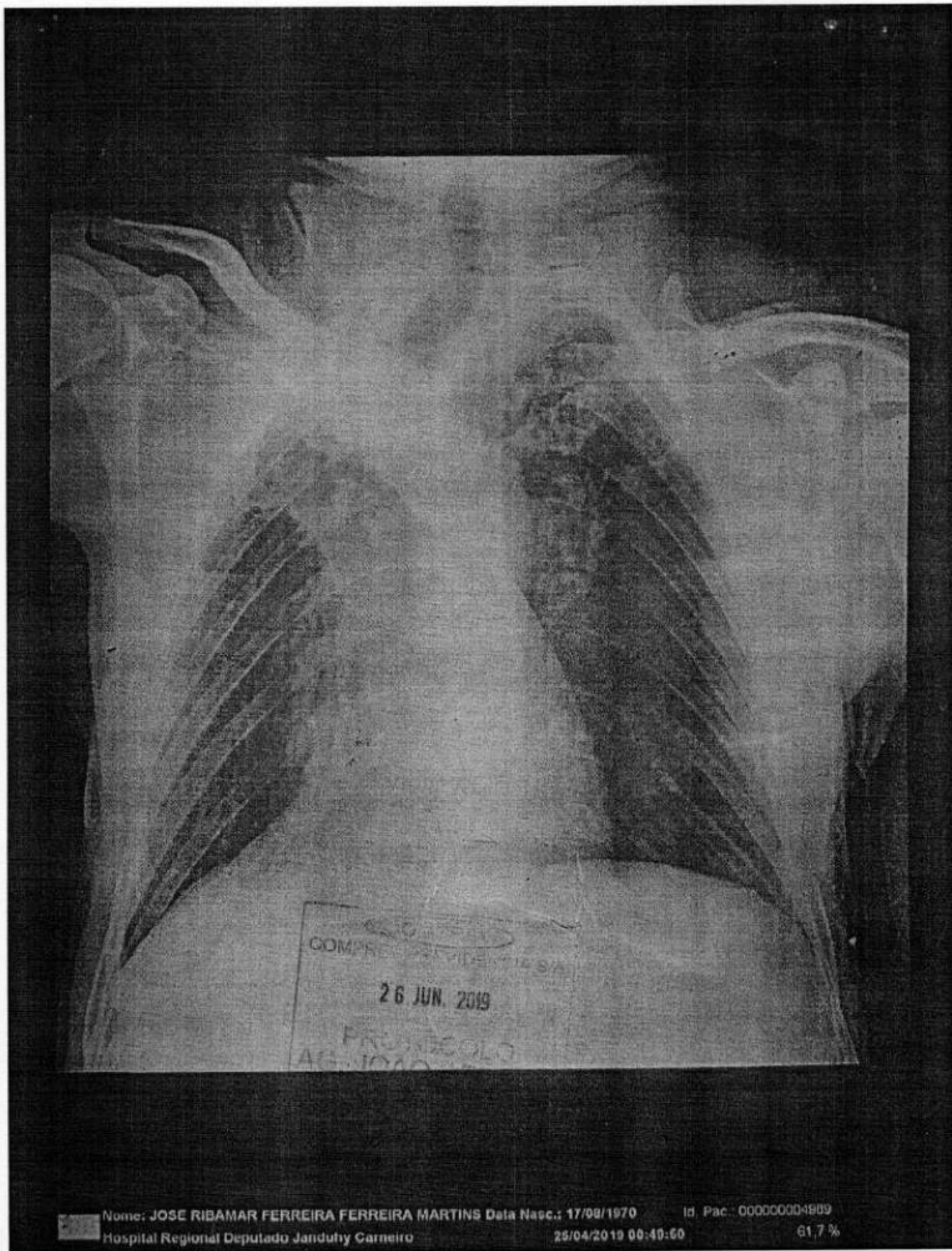
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234



Nome: JOSE RIBAMAR FERREIRA FERREIRA MARTINS Data Nasc.: 17/09/1970

Id. Pac.: 000000004989

Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

25/04/2019 00:40:60

61,7 %

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234









**SOS**  
**PATOS**  
Clínica Integrada

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

24H

Data do exame: 02/05/2019

Sexo: Masc

Idade: 48 ANOS

SOS PATOS

### ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME TOTAL

Exame limitado parcialmente por distensão gasosa intestinal.  
Fígado com dimensões normais, contornos regulares, bordas finas e ecotextura homogênea. Veia porta com calibre de 0,9 cm. Veias hepáticas sem alterações.  
Vesícula biliar com forma e dimensões normais, paredes finas e regulares, apresentando conteúdo anecogênico sem imagens calculosas.  
Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.  
Pâncreas de dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea. Não há dilatação do ducto pancreático.  
Baço com dimensões aumentadas, contornos regulares e ecotextura heterogênea. Mede 12,4 x 7,0 cm em seu maior e menor eixo (índice esplênico uniplanar = 86,8).  
Aorta e veia cava inferior com calibre e trajeto preservados. O diâmetro máximo da aorta é de 1,6 cm.  
Ausência de linfonodomegalias retroperitoneais detectáveis.  
Rins tópicos com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura habitual. Não há evidências de imagens calculosas calcificais. Não há dilatação do sistema coletor.  
Bexiga com boa repleção, paredes finas e regulares, conteúdo anecogênico.  
Nota-se moderada quantidade de líquido livre na pelve.

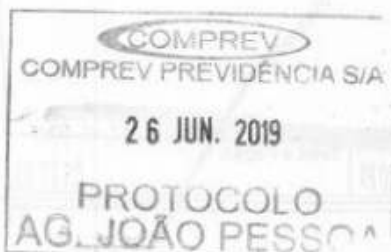
### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Esplenomegalia.

Presença de líquido em moderada quantidade na pelve.

Restante do exame sem particularidades.

TOCGINECOLOGIA E ULTRASSONOGRRAFIA  
Dr. Prof. Vitor Luciani Medeiros Batista, CRMPB 7320



📍 Rua Bossuet Wanderley, 436 - Centro - Patos-PB

☎ (83) 3421.8811

✉ sospatos@hotmail.com

pág. 1 de 1

Scanned by CamScanner





FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	42055	PRONTUÁRIO	10628
DATA	02/05/2019	HORA	19:53
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	MARCILIO MOREIRA PEREIRA		
MOTIVO	DOR ABDOMINAL		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS	IDADE	48a 8m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA FERREIRA MARTINS		
FILIAÇÃO II	JNALDO MARTINS ALVES		
CIDADE	PATOS	UF	PB
ENDEREÇO	RUA TRES IRMÃOS SN		
BAIRRO	NOVA CONQUISTA		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE			
C.N.S.	706808226286324	IDENTIDADE	2.621.853
C.P.F.	805.220.414-34	REG. NAC.	
NASCIMENTO	17/08/1970	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	FRENTISTA

RESPONSÁVEL JOSE RIBAMAR FERREIRA MAR Ass. Resp./Paciente *X. José Ribamar Ferreira Martins*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Paciente com dor abdominal aguda*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Hipocôndrio, FC = 112 BPM*

*ABD = dor à palpação profunda,*

*Dr. Marcílio M. Pereira*  
URÓLOGISTA  
CRM-PB 8124

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *TAC ABDOME = RUPTURA ESPLENICA*

DIAGNÓSTICO *TRAUMA ESPLENICO*

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *11.05.19* Hora *11* H *14* Min

( ) Alta Curada ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Falecimento ( ) Óbito

MÉDICO/CRM  
COMPREV PREVIDÊNCIA SA

26 JUN. 2019

PROTOCOLO  
DO PACIENTE

Scanned by CamScanner

Nome do Paciente:		Nº Prontuário:	
José Delamoni Figueira Martins		10628	
Data da Cirurgia:	Enf.:	Leito:	
02/05/2009			
Cirurgião:	1º Auxiliar:		
Marcílio Moreira			
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:	Tipo de Anestesia:		
Aguado	GmL inalatória		
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Trauma esplênico			
Tipo de Cirurgia:			
Laparotomia exploradora + esplenectomia			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Trauma esplênico			
Exame Radiológico no ato:			
Não houve			
Acidente Durante a Cirurgia:			
Não houve			

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DDH + sobra anestesia geral, AAA. e
- 2) Incisão mediana típica de Laparotomia + acesso por plomo.
- 3) Achados: Grande quantidade de sangue na cavidade com ruptura esplênica grau 4/5.
- 4) Liberando os ligamentos peresplênicos, esplenoepílicos e esplenojejunal, isola o pedículo, procede a esplenectomia e liga o pedículo com elástico.
- 5) Realiza análise rápida + remissão de hemostasia + contagem de coagulantes.
- 6) Sutura por plomo.

Dr. Marcello M Pereira  
UROLOGISTA  
GRM-PB 8124

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Scanned by CamScanner



PACIENTE: **JOSE LISAMAR FERREIRA MARTINS**

QT.: **LEITO:** **CONVÊNIO:** **IDADE:** **48** **REGISTRO:** **10628**

CIRURGIA: **LAPAROTOMIA EXPLORADORA** **CIRURGIÃO:** **MARCELLO**

ANESTESIA: **GERAL** **ANESTESISTA:** **AGUSTO**

INSTRUMENTADORA: **DATA:** **02/05/19** **INÍCIO:** **23:30** **FIM:** **01:00**

**COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE POUQUINÇÓ**

**GOVERNO DA PARAIBA**

**NOTA DE SALA - MATERIAL**

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley <b>MC 16</b>
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Metotamb <b>SEVOFLURANO</b>		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Ravulon <b>ROCURONIO</b>		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inocel <b>ALFENTANIL</b>		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar <b>SFO, 9%</b>		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Fedon <b>DEXAMETASONA</b>		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefetoxima <b>CEFALOXINA</b>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha <b>Mylar 3</b>
	Pravil <b>ONDANSETRONA</b>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 0 s/ agulha <b>Uyasil 1</b>
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Abbotate 20 e 22		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
			<b>Algodão 0</b>

COMPREV PREVIDENCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103081007366920000038405234

Número do documento: 2103081007366920000038405234

Num. 40317935 - Pág. 23



# FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ N° Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 02.05.19

Nome: JOSE RIBALTA F. MANTAS

Sexo: ( ) Feminino (X) Masculino Idade: 48 Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: D

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pressão Arterial Pulso: 130 x 90 Respiração: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Urina: \_\_\_\_\_

Aparelho Respiratório: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_

Aparelho Circulatório: \_\_\_\_\_ Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_

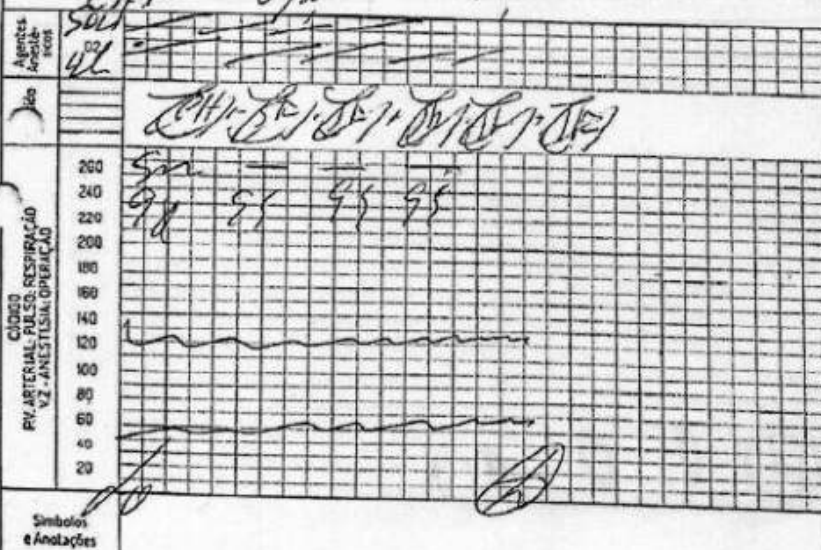
Aparelho Digestivo: \_\_\_\_\_ Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_

Estado Mental: \_\_\_\_\_ Atáxicos: \_\_\_\_\_ Catecolídeos: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensores: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré Operatório: Crânio Aberto Estado Físico: \_\_\_\_\_ Risco: \_\_\_\_\_

Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_

Medicação Pré-Anestésica: 23.30 24.00 30 Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_



**INDUÇÃO**  
Satisf \_\_\_\_\_ Excit \_\_\_\_\_ Tossu \_\_\_\_\_  
Laringo Espasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
Anestesia Satisf. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Não, porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**  
Reflexos na SO \_\_\_\_\_  
Obstr. \_\_\_\_\_ CO2 \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_  
Com cânula para o leito sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Posição: D.D.

Agentes: Propofol, Fentanyl, Volarol, Midazolam, Rocuronio

Técnica: Balão

Cirurgiões: D. Lygual, D. G. Operação: Crânio Aberto Cânula: 7.5

Observações: Anestesistas: D. Lygual, D. G.

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

26 JUN. 2019


PROTOCOLO  
ADILSON BESSOA


Scanned by CamScanner



Nº DOADOR: 60325278562

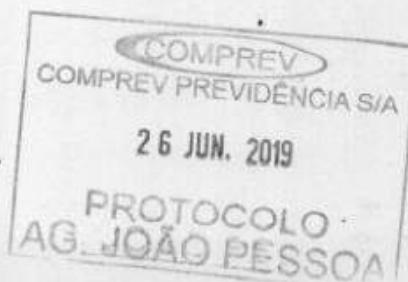
Hemocomponente: C.H. Vol: 334ml

Início: 23/6 PA: 96/61 Comp: 

Término: 00/8 PA: 93/61 Tem: 

Supervisão:

Transfusionalista:



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234

### RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	42010	PRONTUÁRIO	10628
DATA	02/05/2019	HORA	14:22
MÉDICO	BRUNO NOBRE E FARIAS	OPERADOR	LCLEA
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS	IDADE	48a 8m

#### RESUMO CLÍNICO:

*Prontuário 10628 - paciente JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, 48 anos, 8 meses, masculino, branco, residente em Rua...*

DIAGNÓSTICO: *Fratura de fêmur*

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: *CP - fêmur - 02.05.19.*

#### EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

*Prontuário 10628 - paciente JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, 48 anos, 8 meses, masculino, branco, residente em Rua...*

#### ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

*1. Cuidar da ferida operatória com curativos diários, mantendo-a limpa e seca.  
2. Usar o gesso no fêmur conforme orientação.  
3. Retornar ao trabalho em 15 dias.*

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado ( ☒ ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito  
DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar  
( ) Transferência para

FATOS/PR. DE 11/5 DE 20 13

Wostemildo Crispim  
CRM 4177  
Cirurgião Geral

MÉDICO/CRM

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO



Atendimento: 201900302934

Idade: 48 anos

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data: 07/05/2019

Data de Nascimento: 17/08/1970

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Vesícula biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas, sem evidência de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-colédoco de calibre normal, medindo mm no maior diâmetro.

Fígado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo expansivo.

Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos.

Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais.

Wirsung sem dilatação.

ESPLENECTOMIA

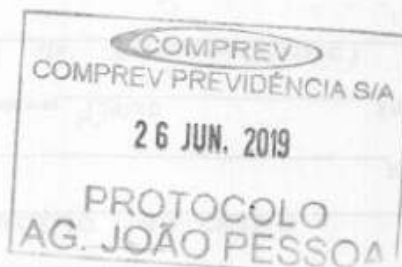
Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada.

Não há dilatação do sistema pielocalicial.

Bexiga com repleção hídrica, de paredes regulares, sem evidência de imagem ecogênica em seu interior.

Ausência de coleções líquidas intra-abdominais.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/05/2019 09:43.

Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira  
CRM 1585 - PB

Scanned by CamScanner





012

Atendimento: 201900291368

Idade: 48 anos

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data: 25/04/2019

Data de Nascimento: 17/08/1970

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

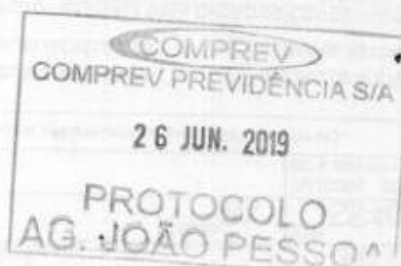
### Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, antes e após a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.  
Prejuízo na análise do exame devido à degradação de algumas imagens por artefatos de movimento.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.  
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.  
Quarto ventrículo anatômico.  
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.  
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 25/04/2019 07:10.

Dr. João Manoel Dias Neto  
CRM 52-0093162-4

Scanned by CamScanner





Atendimento: 201900299845

Idade: 48 anos

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data: 02/05/2019

Data de Nascimento: 17/08/1970

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME SUPERIOR

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, antes e após a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

Fígado de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais.

Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Vesícula biliar sem alterações.

**Baço de contornos irregulares, coeficiente de atenuação heterogêneo, com sinais de coleção espessa ao seu redor - ruptura esplênica?**

Pâncreas de coeficiente de atenuação normal sem sinais de dilatação do ducto principal.

Adrenais de morfologia e dimensões habituais, sem formações expansivas.

Rins de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal, com captação e excreção normal do meio de contraste.

Ureteres sem evidências de dilatação ou imagens litiásicas.

Aorta e veia cava inferior de calibre e atenuação normais.

Não há sinais de coleções líquidas ou líquido livre.

Não são observadas linfonodomegalias.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 02/05/2019 17:39.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTOCOLO

Dr. Evaldo De Sousa Nobrega  
CRM 5227 - PB

Scanned by CamScanner



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Josi Ribomun Figueira		
DA CLÍNICA	Unidade Geral	ENFERMARIA	13
A CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	01

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente com quadro de dor e limitação  
de movimento de escápulo (E).  
Ao exame: Volumeoso nódulo em fô-  
sso de escápulo (E). Solicito exames.

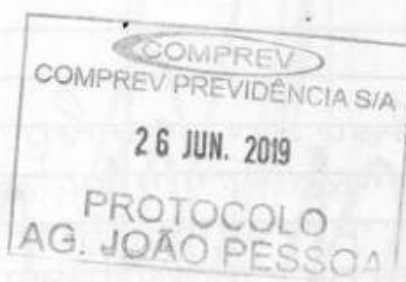
PARECER:

DATA: 06/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

Parecer após realização de TC.

Dr. Leonardo Torres Diniz  
Médico Cirurgião Geral



DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





Atendimento: 201900300633

Idade: 48 anos

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data: 03/05/2019

Data de Nascimento: 17/08/1970

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Vesícula biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas, sem evidência de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-colédoco de calibre normal, medindo mm no maior diâmetro.

Fígado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo expansivo.

Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos.

Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais.

Wirsung sem dilatação.

Baço NÃO VISUALIZADO

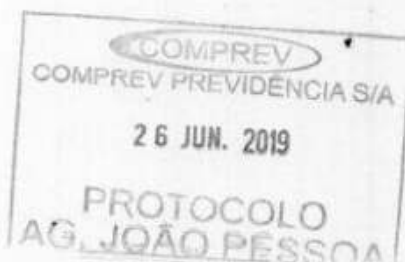
Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada.

Não há dilatação do sistema pielocalicial.

BEXIGA VAZIA

Ausência de coleções líquidas intra-abdominais.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 03/05/2019 15:04.

Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira  
CRM 1585 - PB

Scanned by CamScanner





Atendimento: 201900299845

Paciente: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Data de Nascimento: 17/08/1970

Idade: 48 anos

Data: 02/05/2019

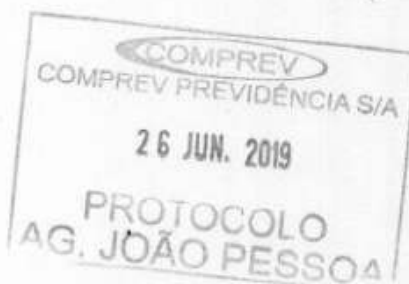
## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE MASCULINA

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, antes e após a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

Ureteres distais sem evidências de dilatação ou imagens litiásicas.  
Bexiga de forma, contornos e capacidade normais, sem evidências de alterações parietais.  
Próstata e vesículas seminais de aspecto habitual.  
Não são observadas linfonodomegalias.  
Reto e gordura peri-retal sem alterações.  
*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 02/05/2019, 17:40.*

  
Dr. Evaldo De Sousa Nobrega  
CRM 5227 - PB

Scanned by CamScanner



D

26 JUN. 2019

Nome: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS Data Nasc.: 17/06/1970  
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac: 000000004900

06/05/2019 16:21:19

74,6 %

Scanned by CamScanner





Nome: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS Data Nasc.: 17/08/1970  
Hospital Regional Deputado Jandirley Carneiro

Id. Pac.: 00000004889  
07/09/2019 09:37:18  
44.8 %

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
N. 2019

Scanned by CamScanner





Nome: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS Data Nasc.: 17/08/1970  
Hospital Regional Deputado Janduby Carneiro  
Id. Pat.: 0000000493  
07/05/2019 09:37:13  
55,3 %

Scanned by CamScanner



## RESUMO DE ALTA

ATENDIMENTO 42018  
DATA 02/05/2019 HORA 14:22 PRONTUÁRIO 10628  
MÉDICO BRUNO NOBRE E FARIAS OPERADOR LCLEA  
PACIENTE JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS IDADE 48a 8m

### SÍNTESE CLÍNICA:

Paciente vítima de trauma com múltiplas lesões há 19 dias. Proveniente o serviço de emergência e de trauma encaminhado para o hospital. Realizada tomografia computadorizada no dia 02/05/2019, sem lesões de risco.

DIAGNÓSTICO: Trauma de tórax.

ED-20:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Explorotomia no dia 02.05.2019.

### EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Paciente evoluiu bem, em BEG, lucido e orientado em tempo e espaço. Hemodinâmica estável, sem febre. Ferida operatória com bom aspecto, sem sinais de infecção. Abdomen indolor a palpação, plano e sem ruído.

### ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

1. Orientar paciente pós explorotomia de tórax, observar a ferida.
2. Orientar sobre a ferida operatória, manter a limpeza e o curativo.
3. Prescrever analgésico em caso de dor.

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar

( ) Transferência para

PATOS/PB, 11 DE MAIO DE 2019.

Wostenildo Crispim  
Cirurgião Geral  
Cirurgia Geral  
26 JUN. 2019  
MÉDICO/CRM

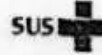


URGENTE.

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



P/ José Nibommar G. Morais

À SECRETARIA DE SAÚDE

Poumê submetido a esplenectomia no

dia 02.05.2019. Necessita completar.

o tratamento com vacinações após

esplenectomia:

• Meningocócica

• Pneumocócica

• Influenza

VACINAÇÃO PÓS-ESPLECTOMIA

Wostenildo Crispim  
P. G. Ch. Oncol. - ROE 537  
P. G. Ch. Oncol. - ROE 427

11.05.2019



Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234>

Número do documento: 21030810073669200000038405234

Num. 40317935 - Pág. 37

Dr. José Rubens Martin

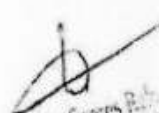
U<sub>6</sub> USO OLA

① DILPIRONA 50g — 50g  
Lavar os olhos de 6/6h  
e três dias.

② NIMESULIDA 10g — 50g  
Lavar os olhos de 12/12h  
durante os dias.

28/04/19

DATA   1   /   1   /   1  

  
João Paulo Soares Rêgo  
Médico - CRM-PB 10993  
CPF 013.110.064-93

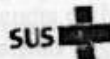
MÉDICO - CRM



COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



V/ José Ribamar F. Morins

Rx

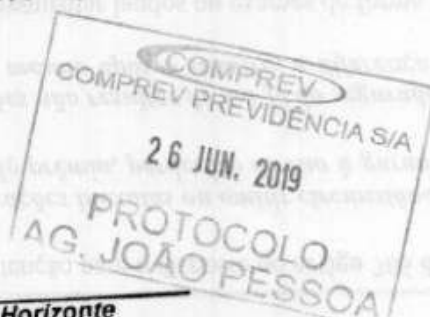
USO ORAL.

Cl/ Bruno Mo Gomes — 14

Tumor 1º em uso de dor,  
de 8 em 8 horas.

Mostenildo Crispim  
Cir. Oncológica - RQE 537  
Cirurgia Geral - RQE 42  
26 JUN 2019

21.05.2019



Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

Scanned by CamScanner





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**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Jose Ribamar Ferreira Martins*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**2621833**

NOME **JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS**

INSCRIÇÃO **Inal de Martins Alves**

**Maria Ferreira Martins**

**Patos-PB**

**17.08.1970**

**17.08.1970**

**Pat. Nasc. 51422, Fls. 55, Liv. 78-A.**

**Car. Patos-PB**

ASSINATURA DO DETENTOR

JOSE PATOS - PB

CELEN: 7115 DE 2908/63





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Lima, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

TAM CONTATO COM A CAGEPA  
BOM DIA BOM DIA

MATRÍCULA

28918857

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO  
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB  
58704-460

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Banheiro	Cocina	Quarto	Outro	
075.005.410.0056.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V13N71346	02/12/2013	EXT LACILIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	HOR DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
807	825	18	29	05/07/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID.	ÁGUA-ANOR 20	PORT. 05/2017	HIS.		
MAI/2019	10	PARA-METROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2019	10	TURBIDEZ	45	49	49		
MAR/2019	12	CLORO	91	92	92		
FEV/2019	14	COL. TERHOT	0	0	0		
JAN/2019	9	COR	45	49	49		
DEZ/2018	9	COL. TOTAIS	91	92	92		
MEDIA(H)	10	DADOS REFERENTES A: ABR/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 06/06/2019

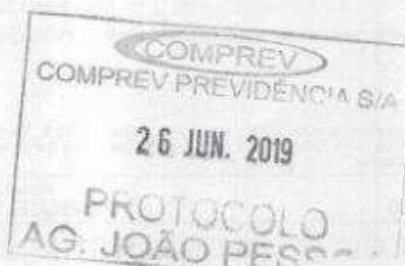
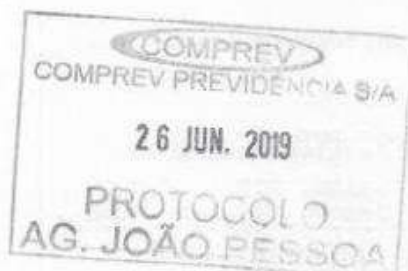
HORA DA IMPRESSÃO: 09:01:01

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

REFERENCIAL 1 UNIDADE(S)



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:07:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810073669200000038405234

Número do documento: 21030810073669200000038405234

Num. 40317935 - Pág. 41



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013730645393

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. RENAVAM 2018040008686 EXERCÍCIO

1 0105193358-4 00/00000000 2018

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

80522041434

NOVO PB 9C2HB0210FR030183

PLACANT/JF PLACA QFK9575/PB

ESPECÍFICO MARCA/MODELO HONDA/POP100

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANOS FAB 2015 2015

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP/POT/CL 2 P/97 /CI PARTIC

VENC. GOTA ÚNICA 00/00/0000

PARCELAMENTO/ COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*

PREMIO TOTAL (R\$) \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 25/04/2018

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS - PB

LOCAL

DATA 26/04/2018

16501

36888

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CONTRA A RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONDUTOR OU DO SEGURO DPVAT

PB Nº 013730645393 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/04/2018

VIA 1 B0522041434 CPF/CNPJ

RENAVAM 1051933584 MATRIZ / MODELO HONDA/POP100

PLACA QFK9575/PB

ANO FAB 2015 CAT. TRAF 9

Nº CHASSI 9C2HB0210FR030183

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) \*\*\*\*\*

DE NATRAN (R\$) \*\*\*\*\*

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

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

IOF (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 25/04/2018

COTA ÚNICA

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.908/0001-04

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

16501

PROTOCOLO

Scanned by CamScanner





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190396950 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA PG. 8,14

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA). PG. 9  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APRESENTA PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## PROCURAÇÃO

Outorgante: José Ribamar Ferreira Martins  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão frentista  
residente e domiciliado à Rua Três Irmãs, Qd 2  
nº 7, bairro Nova Conquista, Município de Patos  
Estado de(o) Paraíba, Cep: 58700-000, portador(a) do  
RG nº 2.621.853, SSP/ PB e CPF nº 805.220.414-34

OUTORGADO: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo, Nacionalidade:  
Brasileira, Est. Civil: Casada, Profissão: Empresária, portadora do RG nº 4.653.575, SSDS/PB,  
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Horizonte - CEP:  
58704-380 - Patos-PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Ribamar Ferreira Martins, ocorrido em 24/06/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Patos - PB, 25 de Junho de 2019.

ALDO  
XAVIER

José Ribamar Ferreira Martins

Outorgante

CPF Nº 805.220.414-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECONHECIMENTO  
e autenticidade de firma em documento  
ASSISTENTE GERAL DA PROCURADORIA JUDICIAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS  
Em test. da verdade, Patos-PB 25/06/2019 11:18:02  
Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto  
(2019-005762)EML:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJUR:1,78 ISS:R\$ 0,30  
SELO DIGITAL: AIT29451-DIIX  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
26 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214386/19

**Vítima:** JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

**CPF:** 805.220.414-34

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 24/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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 entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU  
CPF: 029.848.084-01

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

