



Número: **0811896-41.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **02/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38368 261	13/01/2021 15:48	2775546_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01453/01454 - carta_25 - INVALIDEZ





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: 805.200.414-34 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: 805.200.414-34
7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 217 10 - Complemento:
11 - Bairro: Matirão 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:

☒ RECURSO 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: 0016884 5

AGÊNCIA: CONTA:

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

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 assinatura (ou não)? ☐ 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 omissa, 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner





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 caído; 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: 805.200.414-34 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: 805.200.414-34
7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 217 10 - Complemento:
11 - Bairro: Matirão 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:

☒ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0043 CONTA: 0016884 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.

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 assinatura (ou não)? ☐ 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 omissa, 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ribamar Ferreira Martins,

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

CPF nº 805.220.44-34, 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 irmão
Número	5/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: 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 PARAIBA - 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				



WALDEY LEITE LEANDRO
 PRAZADAS MOURA COSTA, S/N - CENTRO - CEP 54540-000
 BELSOPOLIS
 PARANÁ (SIG: 108)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL
 Telefone: 038 - 0110 - 205 - 6600
 Nº do Medidor: 000057548
 MATRÍCULA: 1264583-2019-10-1
 DCM: ENT.

LIGAÇÃO: MONOFÁSICO
 DCM: BANC:
 CNPJ/CPF/RAT: 008.007.884-14



ENERGISA PARANÁ - 007 - PARANÁ - RUA DE FÁBIO S.1
 D-100 9-1-25 - Caixa Postal - 81000-000 - Fone: (031) 3677-0000
 Cnpj: 06.908.185/0001-90 - Fone: (031) 3677-0000
 Site: www.energisa.com.br
 Nº: 032.012.040

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 - ligação gratuita. Acesso: www.energisa.com.br
 Ao ligar, informe sempre em qual cidade está.

Emissão: 17/10/2019

Identificador para Débito Automático: 0001264583-4

Outubro/2019

22/10/2019

14/11/2019

5/1264583-4

DEBITO/RELEVANTE									
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. Alíq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	COFINS/PIS (R\$)
0501 Consumo em kWh	693,000	0,545400	0,786510	483,50	481,50	27	130,00	19,50	11,58
0501 Adic. B. Amarela				7,07	7,07	27	1,01	0,20	0,27
0501 Adic. B. Verde				16,45	16,45	27	4,44	16,45	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607 CONTRIBUIÇÃO LULA PÚBLICA				36,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA, 08/2019				0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905 MULTA, 09/2019				10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0601 REIT. RÁPIDO, AMPL. RESIDENCIAL, 06/2019				-0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 552,04 505,00 136,35 195,02 4,23 19,10

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INTERVALO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE ENTREGA	121,88	22,08
CONSUMO DE ENERGIA	179,03	32,43
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO	19,50	3,53
ENCARGOS DE Juros	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52
ENCARGOS DE Juros (Juros)	19,43	3,52

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR

29/10/2019

R\$ 552,04

Reservado ao Fisco

a5e5.3cbl.5531.1a19.8fd3.1631.12a6.5652

Valor Encargos: 195,02 (R\$) de 2019: R\$ 136,47





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: 4

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 9/11/18	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO Jose Roberto F. Monteiro	IDADE 41	SEXO ☐ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA 15-261	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ ACRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ 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:

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):

Acidente 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 à 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: _____

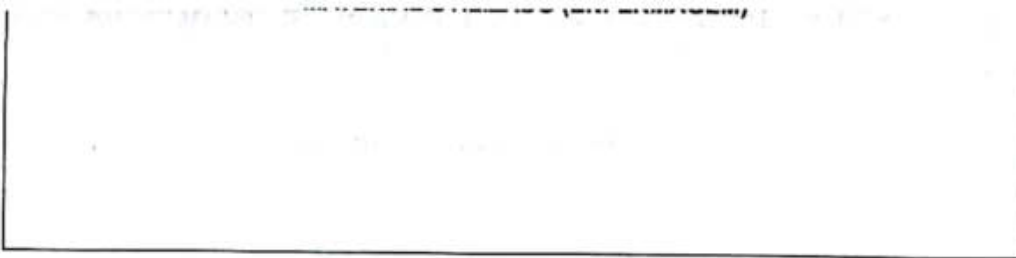
INTERVENÇÕES:

SSV + Transporte

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pac. consciente, orientado, vitais de acordo de acordo com
apresentando alterações pelo corpo e suspeito de fratura
na M.E.D. sob RM para mobilização, enviado a enfer
assistência ao HUP





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 ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R. G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Ana Carolina COREN: 422.583 MAT.: _____

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

CONDUTOR: Daniel MAT.: _____

Digitalizado com CamScanner



CONPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUZADO
JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUZADO
PATOS - PARAIBA
ATENDEMENTO COM ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GOVERNO
ESTADUAL
SECRETARIA
DE SAÚDE

Data: 19/01/2021 Hora: 14:00 Idade: 48 anos Sexo: F Nome: Ribamar FARIAS MOREIRA

Origem: 2da. Publiquei Regularidade: 15 dias Encaminhado: 15 dias

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

Motivo do atendimento: Acidente de Trabalho (muito exaustivo)

Cidade: Patos Alergia? N/N 15 dias sabe

Transporte: SAMU Doença Previa? N/N 15 dias sabe

Tempo:	EC	Pulso:	tem	respi:	tem	SpO2	%	PA:	mmHg	HGT:	mg/dl
Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	door dur	dur tem	Dor	dur dur	dur tem	dur dur	dur tem	dur dur	dur tem	dur dur	dur tem

Classificação de Risco: () Vermelho (X) Verde () Amarelo () Azul

Especialidade Médica: Dermatologia

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/ pte com cond. clínica limitadora

Consultar tabela para prescrição

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:48:26

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315482582700000036591101

Número do documento: 21011315482582700000036591101

Num. 38368261 - Pág. 11

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:48:26

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315482582700000036591101

Número do documento: 21011315482582700000036591101

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

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



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS		
NOME SOCIAL	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
CAS	R.G. 2.621.853	CELULAR	
ESTADO CIVIL	CASADO	CPF	REG. NASC.

F.A.A.	16827	PRONTUÁRIO	18628
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)		
DATA	09/11/2018 Horário: 19:26		
CARATER	02 - URGENCIA	OPERADOR	MMAIA
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

MEDICO/CRM/CMS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

ORTOPEDISTA BUCCO
CIRURGIÃO 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: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-1 0301060061 2-1 0301060072 3-1 0301060029

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 do membro superior direito em região zigomálica, porém sem sinais de fratura de costelas, sem limitação de abertura bucal.

1-1 LIBERTADO DA BUF
2-1 40% CUIDADO DA ORTOPEDIA

Flavio Santos Andreoli Filho
CROPB 4395 - CROBSE 1208

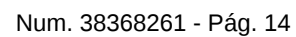
PARECERES

DATA	HORA	PARCERES
9.11.18	20:45	Ortopedia Ausência de lesões em membros, clavícula e bacia que necessitem de internação hospitalar de urgência em ortopedia. Alta Hospitalar

Flavio Santos Andreoli Filho
CROPB 4395 - CROBSE 1208



COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE PATOS				SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE																																																																																																			
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE PATOS - PARAIABA				GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA																																																																																																			
ATENDIMENTO COM ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				SISTEMA DE REGISTRO EM SAÚDE																																																																																																			
Data	Hora	Idade	Gênero	Nome/Nome Social																																																																																																			
09.10.19	18	48	HC	Raimunda Fátima Mendes																																																																																																			
Origem: 2ª. Pública				Regularidade: 15																																																																																																			
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas: lesões por todo o corpo				Encaminhado: 15																																																																																																			
Motivo do atendimento: Acidente de Trabalho (muito recente)																																																																																																							
Cidade: Patos				Alergia? N (15) não sabe																																																																																																			
Transporte: 6AMV				Doença Previa? N (15) não sabe																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Temp:</th> <th>9C</th> <th>Pulso:</th> <th>bat</th> <th>resp:</th> <th>tem</th> <th>SpO₂</th> <th>%</th> <th>Pa:</th> <th>mmHg</th> <th>HGT:</th> <th>mg/dl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. dor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. toco</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. DCE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. serosa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. toco serosa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dist. dor (passado)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Temp:	9C	Pulso:	bat	resp:	tem	SpO ₂	%	Pa:	mmHg	HGT:	mg/dl	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Dist. dor												Dist. toco												Dist. DCE												Dist. serosa												Dist. toco serosa												Dist. dor (passado)											
Temp:	9C	Pulso:	bat	resp:	tem	SpO ₂	%	Pa:	mmHg	HGT:	mg/dl																																																																																												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																													
Dist. dor																																																																																																							
Dist. toco																																																																																																							
Dist. DCE																																																																																																							
Dist. serosa																																																																																																							
Dist. toco serosa																																																																																																							
Dist. dor (passado)																																																																																																							
Acompanhante: () S/ acomp. (Setor Cirúrgico) (X) S/ acomp. (Setor Oncológico, orientado e capaz de autocuidado) () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pte com cond. clínica limitadora																																																																																																							



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS		
NOME SOCIAL	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
CAS	R.G. 2.621.853	CELULAR	
ESTADO CIVIL	CASADO	CPF	REG. NASC.
F.A.A	16827	PRONTUÁRIO	18628
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)	OPERADOR	MMAIA
DATA	09/11/2018 Horário: 19:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 - URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
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

MEDICO/CRM/CMS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

ORTOPEDISTA BUCCO
CIRURGIÃO 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: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-1-0301060001 2-1-0301060072 3-1-0301060029

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 do membro superior direito em região zigomáxilar, porém sem sinais de fratura de costelas, sem limitação de abertura bucal.

1-1-0301060001
2-1-0301060072

Felipe Santos André, CRM
CROPB 4395 - CROBSE 1208

PARECERES

DATA	HORA	PARCERES
9.11.18	20:45	Ortopedia Ausência de lesões em membros, clavícula e bacia que necessitem de internação hospitalar de urgência em ortopedia. Alta Hospitalar

Felipe Santos André
Ortopedia e Traumatologia
CROPB 4395





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNADOR DA PARAIBA
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 Roberto 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 08.778.068/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAIBA



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12185229

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



ASSINATURA DO PORTADOR

Yure Pereira Gomes

OBSERVAÇÕES



ORDEM 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

DATA DE NASCIMENTO
03/11/1987

RG
3260218 - SSP/PB

CPF
086.417.024-66

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
01 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

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Jose Ribamar Ferreira Martins

17-08-1970

14 DEZ. 1938

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14 DEZ. 1938

Nome: **JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS**

Matrícula: **1853**

Nome: **Inaldo Martins Alves**

Matrícula: **17.08.1.970**

Localidade: **Patos-PB**

Nascimento: **17.08.1.970**

CPF: **805.220.414-34**

Assinatura: *[assinatura]*

Lei N. 7.116 DE 29/08/83



EDICÃO DEBATORIO DE DANOS ESSOIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, RESCISAO
TRANSPORTO OU MAO-DE-OBRA DE VAI

№ 013930645393

DETRAN - PB Nº 013730642373
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
SRº 80700008686-7

$$\text{MA} \sim \left[-\text{OOC}-\text{NH}-\text{C}_6\text{H}_4-\text{CO}-\text{O}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{NHC}(=\text{O})- \right]_n$$

0105193358-4	00/000000000	2018
--------------	--------------	------

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

80522041434

QFK9575/PE

NOVO	PB	9C2HB0210FR030183
------	----	-------------------

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

Modello	Anno
HONDA/POP100	2015

2 P/97 /C1 PARTIC VERMELHA

COTN OFFICE	VERBODEN COTN OFFICES	RECORD OF COTN OFFICES
00/00/0000		1*

[illegible]

PRÊMIO INDIV. (R\$)	101 (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PRESENCIA
*****	SEGURO	P A G O	25/04/2018

OBSEFIVACOE

A.F.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS-PB 26/04/2018

36838 16501

PB Nº 013930645393 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

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 DATA EMISSÃO
2018 26/04/2018

1 B0522041434 05K9575/21

01051933584 HONDA/POP100

2015	9	9C2HB0210FR03018
------	---	------------------

PRÊMIO TARIFÁRIO

—FMS (R\$) ————

—DENATAM (R\$) ————

—CUSTO DO S ————

◆ ◆ ◆ ◆ ◆

◆ ◆ ◆ ◆ ◆

◆ ◆ ◆ ◆ ◆

[illegible]

SEGURO
P A G O

PARLAMENTO

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

25/04/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

Case 03-240, Doc 0001-6

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YURE PEREIRA GOMES

MARCOS AURELIO VIDAL





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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: José Ribamar Ferreira Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Ribamar Ferreira Martins
 CPF titular da conta: 805.220.414-34
 Profissão: Funtista
 Endereço: 3 irmãos
 Número: SIN
 Complemento:
 Bairro: Mutirão
 Cidade: Patos
 Estado: PB
 CEP:
 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 Nome NRO.
 Bradesco
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 7460 9 84053 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 José Ribamar Ferreira Martins
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



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

VALID 8947 06/20



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

f /facedonext

☎ 0800 275 6398

next.me



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

Digitalizado com CamScanner



next

4107 1528 4106 8102

07/24

JOSE RIBAMAR F MARTINS



VISA

Digitalizado com CamScanner

