

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07160-9

CONTA: 000000081053-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2711202005000000000237071600000008105394500 PAGO

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

Valorização 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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: José Ribamar Ferreira Martins 6 - CPF: 805.220.414-34

7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 21/n 10 - Complemento:

11 - Bairro: Mutirão 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 9880-2050

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00116884 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553 e-mail: dpcentralpatos@gmail.com

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. Aí, 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 caiido; que foi socorrido pelo SAMU, e conduzido ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB .

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

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

Notificante: Jose Ribamar Ferreira Martins

Patos/PB, 09 de Janeiro de 2019.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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 Martino 6 - CPF: 805.220.414-34

7 - Profissão: Funtista 8 - Endereço: 3 irmãos 9 - Número: 21/n 10 - Complemento:

11 - Bairro: Mutirão 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 9880-2050

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00116884 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

José Ribamar Ferreira Martino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ribamar Ferreira Martins,

RG nº 2625.853, data de expedição 14/12/1998, Órgão SSP-PB,

CPF nº 805.220.444-34, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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)	<u>3 irmãos</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mutirão</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9880-2050</u>
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

DADOS DO CLIENTE:

MERQUIRIA L***
RUA IRM*** S/N
PATOS

Identificador para Débito Automático: 0000451412-1



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0



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 32689260001874764	Nr Documento 000000000202009	Data Vencimento 29/09/2020	Valor do Documento R\$ 27,66	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

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

WALDEY LEITE LEANDRO
RUA JARDIM MOURA COSTA, 541 - CENTRAL - CEP 59040-000
BILHORQUEL
PARÁS (AÉ) 596



ENERGISA PARÁ S.A. - EPP: MAZEDO PA/07 FONTEZA 5-9
CNPJ: 00.18.02-25.000-0001-00 / CNPJ/MF: 00.18.02-25.000-0001-00
Site: www.energisa.com.br
NP: 002.012.040

Classif/Endereço RESIDENCIAL/RESIDENCIAL
Rolo/ro: 000 - 0118 - 205 - 4800
NP da Medida: 0000575648
MATRÍCULA: 126453-2019-10-1
DOM. ENT:

LIGAÇÃO: MONOFÁSICO
DOM. RANC.:
CNPJ/CPF/RAM: 659.007.864-14

Abastecimento ao Cliente ENERGISA
Atenção: Sua fatura só pode ser paga online

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Emissão: 17/10/2019

Identificador para Débito Automático: 0001264583-4

CONTA REFERENTE A	ATRIBUIÇÃO	DATA PREVISTA DA PAGAMENTO	VAL. UNIDADE CONSUMIDORA
Outubro/2019	22/10/2019	14/11/2019	5/1264583-4

DETALHAMENTO									
CCN Descrição	Quantidade	Tarifa e/ Tributos	Tarifa e/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMs (R\$)	Alto. ICMs (R\$)	PIS/Cofins (R\$)	PIS/Cofins (R\$)	Cofins (R\$)
0601 Consumo em kWh	653,000	R\$454,000	R\$7990,10	481,50	481,50	27	120,00	6,00	18,58
0601 Adic. (L. Amanda)				7,07	7,07	27	1,21	0,06	0,27
0601 Adic. B. Vencilha				16,45	16,45	27	4,44	0,24	0,63
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607 CONTRIBUICAO FUM PÚBLICA				39,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 00/2019				0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605 MULTA 00/2019				10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0601 PERT. RANC. AMAR RESIDENCIAL - 06701				-0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do Item

Total: 552,04 Emiss. 09/10/2019 136,35 S/IS.00 4,23 19,19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SERVIÇO DE ILUMINAÇÃO	121,65 22,85	29/10/2019	R\$ 552,04
SERVIÇO DE TELEFONE	173,63 31,43		
SERVIÇO DE TELEVISÃO	18,20 2,25		
SERVIÇO DE ÁGUA	19,87 2,10		
IMPORTE DE RETORNO DE ENERGIA DE PLANTAS	20,66 37,57		
CONTRIBUICAO FUM PÚBLICA	0,00 0,00		
Campanha	-332,54 101,59		
Valor Encargo para Riscos Dárt. (01/09/2019) R\$ 138,47			

Reservado ao Fisco

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

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Yure Pereira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024-66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ribamar Ferreira Matílmo inscrito (a) no CPF sob o Nº 805.220.434 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima José Ribamar Ferreira Matílmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 805.220.434 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: 00,00 e apresento os documentos comprobatórios:

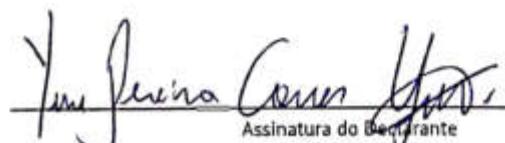
Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Farinha Moura</u>		Número <u>46</u>	Complemento
Bairro <u>Belo Horizonte</u>	Cidade <u>Patos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>Yuregomesadv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83)9.9880-2050</u>	

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



Assinatura do Beneficiário



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DO BONFIM

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



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA <u>4/11/12</u>	OCORRÊNCIA N° <u>111-261</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>José Roberto F. Mota</u>	IDADE <u>41</u>	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> 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):

Resfriado de Mots.

DADOS VITAIS:

VVA: 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 VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion 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 Intereração Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros: _____

INTERVENÇÕES:

SSVU + Transporte

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente consciente, orientado, vítima de queda de moto apresentando lesões pelo corpo e suspeito de politrauma MED 12. AM ptx mobilizado, cravos e curva auxiliado em HEP

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE

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/TRAÇÃO 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 ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R. G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Ana Carolina COREN: 420.573 MAT.: _____

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

CONDUTOR.: Daniela MAT.: _____

COMPLEXO HOSPITALAR

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

THE GOV'T OF INDIA

REGIONAL DEPUTADO
JANDUÍZ CARMEIRAS

CAMPANHA HOSPITALAR REGIONAL
PATOS - PAR

CLASSIFICAÇÃO

11

KESUMAAN DAN KONSEP KONSEP KONSEP

111

Data Note

卷之三

Name/Name Social

卷之三

Quais Principais Histórias Atuais da doença? Início dos sintomas:
Quais os principais sintomas que o paciente apresenta?

110

Motivo do atendimento*	Acidente de Trânsito (moto achado)
Cidade:	<u>Fátima</u>
Transporte:	<u>BAMU</u>
Uso de Medicamentos? (N) (S) (IS) (NO) (SOBRE)	<u>(S)</u>
Doença Prévia?	<u>N</u>

Doença Prévia / V. M. L. S. P. R. B. 333

Temp:	°C	Pulso:	bpm	Respir.:	lpm	SPO ₂ :	%	PA:	mmHg	HGT:	m.g/DL
Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
											
Dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor muy intenso	Dolor casi insoportable	Dolor insoportable	Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor leve	Dolor casi insoportable	Dolor insoportable	Dolor intenso
											
<input checked="" type="checkbox"/> Sint. dura	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor leve	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor muy intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor casi insoportable	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor insoportable	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor intenso	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor moderado	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor leve	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor casi insoportable	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor insoportable	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor intenso
Puntaje de dolor:											
<input type="checkbox"/> Clasificación de Riesgo:											
<input type="checkbox"/> Vermelho <input checked="" type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarelo <input checked="" type="checkbox"/> Azul											
Especialidade Médica:											
											

Acompanhante: S/Acomp (Setor Crítico) S/Acomp (Pcto consciente, orientado e leal para os interesses de

170

60

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	26B5473	CNPJ 08.778.268/0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JÂNDIHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA			
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS			
NOME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	MARIA FERREIRA MARTINS	FILIAÇÃO II:		
NASCIMENTO	17/08/1970	IDADE	INALDO MARTINS ALVES	
PROFISSÃO	AGRICULTOR		48a 2m	COR PANDO
ENDERECO	RUA TRES IRMAOS	nºSN	BAIRRO	GÊNERO M
CIDADE	PATOS	U.F PB	CEP	
TELEFONE				
CNS	R.G 2.621.853		CPF	NOVA CONQUISTA
ESTADO CIVIL	CASADO	58708206		
REG. NASC.				
F.A.A	16827	PRONTUÁRIO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA)	16828		
DATA	09/11/2018 Horário: 19:26	OPERADOR		
CARATER	02 - URGENCIA	MMAIA		
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO	TIPO DE SERVIÇO		
TRANSPORTE	SAMU	URGENCIA E EMERGENCI		
MÉDICO	ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO			
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL				
PESO=	PA=	X	mass	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)				

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO:	<i>crely dup</i>
SOLICITAÇÃO DE PARECER	<i>ST feco</i>
H mês	<i>anexos</i>
DIAGNÓSTICO	<i>leproso</i>
PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)	<i>Tela bovina</i>
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS	<i>LEPROSO</i>
DIPLOMA - IAN	<i>OSAN COLUNA</i>
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO	<i>Medicina Veterinária</i>
MÉDICO/CRM/CNS	<i>BUCO</i>
	<i>01/23 US</i>
	<i>CBO</i>

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

3

~~CIRURGIANO 03.01.06.0861 03.01.06.072 03.01.06.061~~

CARÁTER 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

SERVICIOS REALIZADOS: 600850 / PROCEDIMIENTO

1-1 Simplex | 2-1 Switching | 3-1 Wavelength Division Multiplexing

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

MFDTCD/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

MUL TI PROFISSIONAL
BUE (2020h)

(5) LIBERARIO DA BUR
Asi culturas da antropologia

Everything's Smarter, Now

—
—
—

CROPPS 4385 • CR385n 102

卷之三

DATA **HORA**
9/11/18 20:45 **Ortopedi-**
Ausência de leito em membros, dor ártica
e baci que necessitam tto. intra-hospitalar de urgência em Ortopedie.
Alta Hospitalar

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO		
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF PB	
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
PACIENTE	JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS		
NAME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	MARIA FERREIRA MARTINS	FILIAÇÃO II	INALDO MARTINS ALVES
NASCIMENTO	17/08/1970	IDADE	48a 2m COR PARDO
PROFISSÃO	AGRICULTOR		GÊNERO M
ENDERECO	RUA TRES IRMÃOS	nºSN	BAIRRO NOVA CONQUISTA
CIDADE	PATOS	U.F PB	CEP 58700206
TELEFONE			CELULAR
CNS	R.G 2.621.853	CPF	REG. NASC.
ESTADO CIVIL	CASADO		
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	B2 - URGENCIA		
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
MÉDICO	ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Aline Costa		
PESO:		PAH:	X
		marig	TEMP:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

CIRURGIA 0301060061 ORTOPEDISTA 0301060072 BUCO 0301060061

Padre Francisco Sales
Dr. Roberto Peixoto Carneiro
Data 03/11/2018

13

BUCO

CARÁTER 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

SERVICIOS REALIZADOS: 600000 / PROCEDIMIENTO

1-1 Simplex | 2-1 Normal | 3-1 Wedge

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

MFDTCD/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

MUL TI PROFISSIONAL
BUE (2020h)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO,
LESÃO VERMELHA DA LIGAMENTO PLENO E CORNUFAL EM
REGIÃO ZIGOMATICA (Z) PODEM SER SINTOMAS DE
DEBATE DE CRANIOPLAST, SEM LIMITAÇÕES DE
ABERTURA BUCAL.

(5)  LIBERATO DA BNUF
 AS CULTURAS DA ONTOPOLE

Everything's Smarter, Technology & Design

—
—
—

CROPPS 4385 • CR385n 102

卷之三

DATA **HORA**
9/11/18 20:45 **Ortopedia**
Ausência de lesão em membros, clavículas
e bacia que necessitem tfo. intra-hospitalar de urgência em Ortopedia.
Alta Hospitalar



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) José Ribeiro 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 S90.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 08 (leito) dias, a partir desta data.

Patos-PB

09/11/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

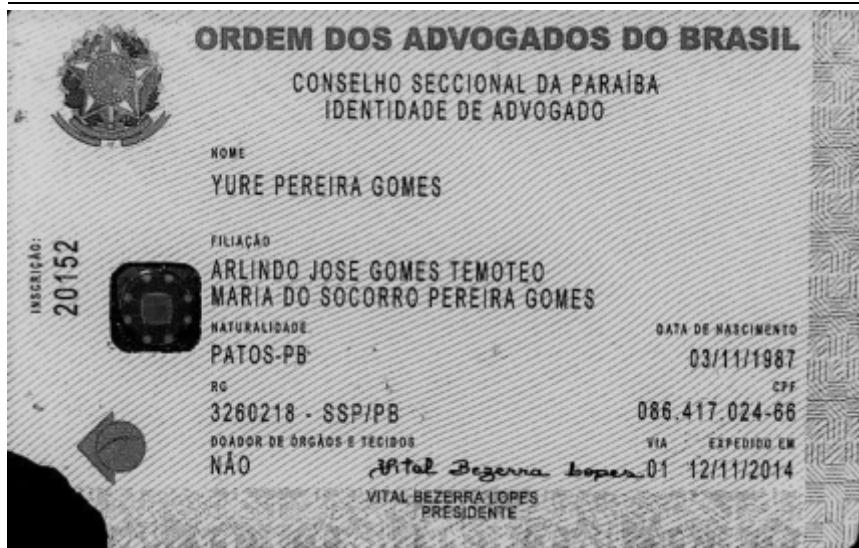
AUTORIZAÇÃO

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 08.776.298/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



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

dígito verificador: 00

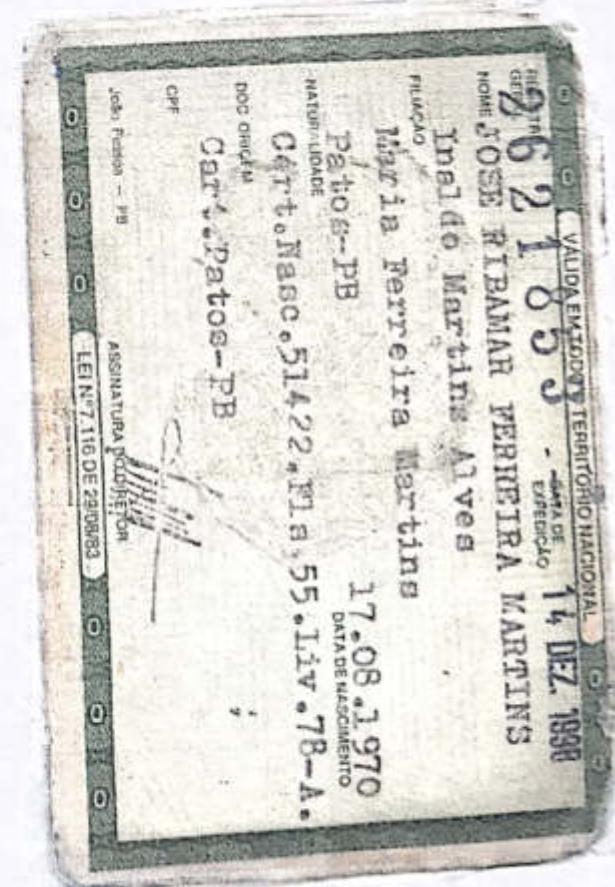
as 10:36:29 do dia 13/01/2016 (hora e data de Brasília)

Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante emitido pela

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade desse comprovante deve ser
confirmada na internet, no endereço

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



Para mais informações, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC) ou com a Receita Federal. Telefone: 0800 726 2492

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013930645393

VIA - 0000 0000 20180400008686 - 6900
1 0105193358-4 00/00000000 2018

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

1

— CPT

80522041434

NOVO PB 9C2HB0210FR030183

MOTOCICLE/NAO APLIC

IDA / POP100

2 P/97 /CI PARTIC VERMELHA

— COTIA UNICA — VENE. COTIA UNICA — VENG. / COTIAS

— FADA IVIA — FASCIAMENIO / COIAS — 2*

MS. MUNDANOS (R\$) — IOR (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURÓ PÀG 0 25/04/2018

CHINESE

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

o

IPROS-PB

26/04/2018 DATA

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CNPJ 09.240.004/0001-84

PB Nº 013930645393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

Digitalizado com CamScanner

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: 13/11/2020

Valorização 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Ribamar Ferreira Martins
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Freelancer
Identidade: 2.621.853 CPF: 805.220.911-34
Endereço: 3 Irmãos, aln, Bairro Mutirão, Patos - PB

OUTORGADO:

Nome: Yure Pereira Gomes
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 3260.218 CPF: 086.417.024-66
Endereço: R. JARBAS MOURA, N° 46, PELO HORIZONTE, PATOS/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

José Ribamar Ferreira Martins

Patos - PB, 03 de Setembro de 2020
Local e data

X José Ribamar Ferreira Martins

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Recorde-se: como autentica a verdadeira, a(s) Firma(s) acima mencionada(s).
JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS
Data da Veredicto: Patos +8 18/01/2019 13:46:37
ZONAL DA REDE DE LUZ/PA - ESSENCIAL
F2019-012457ENOL-RS A9_91 FEFER:R\$ 0,29 FEP:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1B2C2E4-F5M
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato1.tabeliao.com.br>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314903/20

Vítima: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF: 805.220.414-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2018

Titular do CPF: JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YURE PEREIRA GOMES : 086.417.024-66

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

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS : 805.220.414-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

YURE PEREIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS AURELIO VIDAL



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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Name			
<i>Bradesco</i>			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
<i>7160</i>	<i>9</i>	<i>81053</i>	<i>3</i>
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos-PB, 24 de Novembro de 2020
Local e Data

Local e Data

X José Raimar Ferreira Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Assinatura Autorizada - Authorized Signature

7160 9 0081053 3

854

Banco24Horas



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

@falanext

/facedonext

0800 275 6398

next.me



VISA
Electron

VALID 09/17 06/20

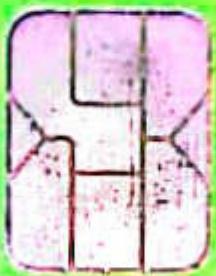
SAC 0800 722 6398 - Deficiência Auditiva ou Fala 0800 722 0099 - Ouvidoria 0800 688 6398

next

4107 1528 4106 8102

07/24

JOSE RIBAMAR F MARTINS



VISA