

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JAKES HERCULANO GOMES

Nº Sinistro: 3180286687

Vitima: KAIO HERCULANO GOMES

Data do Acidente: 06/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180286687**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13008474



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JAKES HERCULANO GOMES

Nº Sinistro: 3180286687

Vitima: KAIO HERCULANO GOMES

Data do Acidente: 06/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180286687**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

354.240.804-05

Nome completo da vítima

KALIO HENRIQUE GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo KALIO HENRIQUE GOMES		CPF titular da conta 062.738.194-40	Profissão Recusado
Endereço RUA JOSÉ FERREIRA MORENO		Número SN	Complemento CASA
Bairro JOSE BENONI	Cidade AGUA BRANCA	Estado PB	CEP 58748-000
Email VANDERASAMARA@LUC.COM			Telefone (DDD) (31) 98851-3409

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) ☐ ITAU (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.
 BANCO DO BRASIL 001
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
 2734 6 12930 0
 (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, 18 de Junho de 2018
 Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

X 
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE AGUA BRANCA/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 42/2017, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 04 dias do **mês de abril** de **2018**, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. JULIO FERREIRA DE LIMA FILHO, por volta das 12h00min, compareceu o senhor: **SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES**, brasileiro, casado, agricultor, natural de Patos/PB, nascido em 06/05/1989, filho de Francisco Fernandes e Terezinha Vieira de Maria, residente na Vila Gravata, Águas Branca/PB, **Notificando QUE:** que no dia 06/03/2018 o declarante seguia guiando uma moto e que na garupa estava o menor KAIO HERCULANO GOMES, nascido em 04/04/2011, com 07 anos, filho de Jakes Herculano Gomes e Rosangela Gomes da Silva, que quando o declarante seguia na Rua José Ferreira Moreno, Kaio enganchou o pé nos raios da moto, que rapidamente o declarante parou a moto e que conseguiram retirar o pé de Kaio dos raios da moto, que Kaio foi socorrido por Policiais Cíveis para o Hospital Municipal de Água Branca onde foi atendido e encaminhado para o Hospital Regional de Patos onde passou por uma cirurgia e permaneceu três dias internado, que Kaio sofreu exposição do tendão do pé esquerdo. Que a moto conduzida pelo declarante era uma HONDA CG 150 TITAN MIX KS, VERMELHA, ANO FAB/MOD 2009, PLACA KGZ 9213, CHASSI 9C2KC16109R043541, EM NOME DE MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES. Era o que continha o teor da presente ocorrência. O referido é verdade dou fê.

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: Sebastião Vieira Fernandes

ÁGUA BRANCA/PB, 04 de abril de 2018.

ISABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
Mat. 168.555-4

DELEGACIA
DE
ÁGUA BRANCA-PB

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Kaio Henrique Gomes

CPF da Vítima

354.240.804-05

Data do Acidente

06/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Kaio Henrique Gomes

CPF do Representante legal

062.738.194-40

Email

vanessa.samaral@luc.com

Telefone (DDD)

(83) 9.8851-1409

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RATOS-PB, 18 de JUNHO de 2018.
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

Kaio Herculano Gomes

MATRÍCULA:

069237 01 55 2011 1 00014 158 0014434 64

Serviço Notarial e Registral
M^{te} Baltazar Barbosa César
- TITULAR -
M^{te} Ivoneide Gonçalves César
- ESCRIVENTE ENCARGADO
CPF: 069.237-01/55 - ÁGUA BRANCA-PB

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

quatro de abril de dois mil onze

DIA
04

MES
04

ANO
2011

HORA DE NASCIMENTO

04:55

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Patos-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Água Branca-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Maternidade Dr. Peregrino Filho

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Jakes Herculano Gomes e Rozangela Gomes da Silva

AVÓS

PATERNOS: José Herculano Sobrinho e Maria Leuda Gomes Herculano
MATERNOS: Manoel Gomes Neto e Josefa Virginia Gomes

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

onze de abril de dois mil onze (11/04/2011)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

3054539496-3

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil e Notas

OFICIAL REGISTRADOR

Baltazar Barbosa César

MUNICÍPIO/UF

Água Branca-PB

ENDEREÇO

Rua Major Inocêncio, 58, centro, Email:
cartoriobarbosacesar@bol.com.br, Água Branca-PB - Fone: (83)
3481-1117

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Água Branca-PB, 11 de Abril de 2011

M^{te} Ivoneide Gonçalves César

Maria Ivoneide Gonçalves César
Escrivente Compromissada

Serviço Notarial e Registral

Baltazar Barbosa César

- TITULAR -

M^{te} Ivoneide Gonçalves César

- ESCRIVENTE ENCARGADO

CPF: 58.745-960 - ÁGUA BRANCA-PB

20 JUN. 2018



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

154.240.804-05

Nome

KAIO HERCULANO GOMES

Nascimento

04/04/2011

CÓDIGO DE CONTROLE

7EC6.151A.18D4.2D1E



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:10:54 do dia 26/03/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

20 JUN. 2018



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Atenção Primária

Unidade de Atenção Primária
Unidade de Atenção Primária
Unidade de Atenção Primária

Unidade de Atenção Primária
Unidade de Atenção Primária
Unidade de Atenção Primária

01 História

06 03 15

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: **Kaio Herculano Gomes**
Data: **04/04/11**

R. **João Ferreira Mourão**
Água Branca PB **898003403074096**

Exatidão na anamnese e exame físico
Exatidão na anamnese e exame físico
Exatidão na anamnese e exame físico

Assinatura do médico

0305050019

Assinatura

João Herculano Gomes

ATO DE CLINICATO

20 JUN 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAKES HERCULANO GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02714-6

CONTA: 000010012910-2

Nr. da Autenticação 6861D9A3F1D9DF87

Ata Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº905 391 577
Cód. para Dib. Automático: 50014448401

Emissão: 22/05/2018 - Referência: Mai/2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFAMÍLIAR
Plano: 12 - 178 - 800 - 2804 AP Média: 0000977903

ENERGISA FLA S/A, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cx. Postal - Jd. Piraí - PB - CEP 56071-000
CNPJ 08.095.183/0001-40 - rec. Ext. 16 016-820-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 008 872.000
Cod. para Dct. Automática: 00017129014

Access: www.energika.com.br

Apresentação

Data prevista da

próxima leitura
21/06/2018

CPF/ CNPJ/ RARJ

6273819440

UC (Unidade Consumidora):

5/1712921-4

Canal de contato

Canal de contato
 Para solicitar energia ou em qualquer situação ou caso,
 você tem acesso à segunda via de conta, mudança de titularidade,
 informações sobre taxa de energia e diversos outros serviços.
 Tudo sem precisar sair de casa. Disponível em www.energia.com.br
 Fale 0800333333

		Demonstrativo									
COD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.	Valor Calc.
		Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
0001	Consumo em kWh	11.000	0,001472	05,38	18,28	25	8,83	38,38	0,02	1,00	
0001	Adic. B. Amarela			0,90	0,90	25	0,12	0,90	0,00	0,01	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			8,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CD: Código de Classificação do Item	TOTAL	43,02	35,76	8,04	35,76	0,22	1,01
-------------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	------

VENCIMENTO
29/05/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 43,92

Histórico de Consumo (kWh)

Consumo de Consumo (kWh)											
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
May/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dic/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18

22a7.2684.b32d.f5b0.6c20.2ebc.89cd.ed39

Indicadores de Qualidade

2004-05-10

	Limites da ANEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
PC MENOR	1,42	2,33	
PC TRIENITAL	14,22		
OCIAL	29,62		NORMAL
PC MENOR	1,42	1,00	
PC TRIENITAL	13,82		CONTRA- LIMITE INFERIOR
PC MENOR	13,20		CONTRA- LIMITE SUPERIOR
DMC	4,14	5,00	
DMC	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salários e Benefícios	2.500,00	50,00
Aluguel	1.000,00	20,00
Impostos e Taxas	500,00	10,00
Manutenção	300,00	6,00
Outros	200,00	4,00
Total	4.500,00	100,00

Values in USD (Feb. 2008) (EUR 13.5)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

20 JUN. 2018

**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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu VANESSA SAMARA FERRAZ LOPES inscrito (a) no CPF/CNPJ 083736954 / 66,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAKES HEUGLIANO GOMES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 062738.194 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
KATO HEUGLIANO GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 354.24089 / 05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ALUIZ DE MEDEIROS</u>		Número <u>5N</u>	Complemento <u>CASA.</u>
Bairro <u>PATÓIA</u>	Cidade <u>PATÓIA</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58700-000</u>
Email <u>VANESSA.SAMARA@LUE.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83) 98851-1409</u>

PATÓIA-PB 18 de JUNHO de 2018.
Local e Data

VANESSA SAMARA FERRAZ LOPES
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ALINE DOS SANTOS,
RG nº SS 564929-5, data de expedição 24/10/2011
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 303.681.644-85, com
domicílio na cidade de ÁGUA BRANCA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Ferreira Moreno, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima KAI O HIGUANO GOMES, cujo o condutor era
SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX RS

Ano: 2009

Placa: KGZ 9233

Chassi: 9C2K C16J 09 R04354J

Data do Acidente: 06/03/2018

Local e Data: PAROS-PB 18 DE JUNHO DE 2018

Maria Aline dos Santos Fernandes
Assinatura do Declarante

Sebastião Vieira Fernandes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MARÇAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
RUA JOSÉ VIAL DE OLIVEIRA - CENTRO - AGUA BRANCA - PARAIBA - CEP 51160-000 - FONE (51) 3311-1111 - E-MAIL: marçal.leite@notariopb.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES.....
MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES.....
Em test. da verdade, Água Branca-PB 16/06/2018 10:07:39
Jean Pereira Leite - Substituto
(2018-000754)EML:RS 18,96 FAPEN:RS 0,56 FEPJ:RS
SELO DIGITAL: ADM94891-PFE6, AGX00511-28UY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

MARÇAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Jean Pereira Leite
ESCREVENTE

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO À SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS
NOME DO PACIENTE: R. JESUS FERREIRA
NOME DO RESPONSÁVEL: R. JESUS FERREIRA
NOME DO RESPONSÁVEL: R. JESUS FERREIRA

06 03 15

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: R. JESUS FERREIRA
Data: 04/04/11

Assinatura: R. JESUS FERREIRA

R. JESUS FERREIRA
Aguia Branca PB 848003403044096

Exame físico: normal
Exame de urina: normal
Exame de sangue: normal

Exame físico: normal
Exame de urina: normal
Exame de sangue: normal

0303030019

Assinatura: R. JESUS FERREIRA

Assinatura: R. JESUS FERREIRA

ATO DECLARATÓRIO

20 JUN. 2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE HOSPITALAR DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACAJU
SALA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CNPJ: 14.045.000/0001-91

03.03.18

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

Nome: **Katlammo Gomes**

Data: **04/04/18**

Estadante

Sexo: **Feminino**

Endereço: **Av. Branca PB 338 Cxpt 0307 4096**

PLACA COR

X

ANAMNESE EXAME FÍSICO / EXAME

Pai de entrada com queixas de
dores agudas no abdômen em
região do umbigo com início de
náuseas.

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

RESERVA - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

CARACTER DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

0301010012

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES) / CAMBIO

Dr. **Wallone P. Rodrigues**
MÉDICO
CRM-CE 18.909

ASS. DO PACIENTE / AGENTE DE SAÚDE

Regina Helena Almeida Silva

ASS. DO CRIE / UNIDADE / CAMBIO

20 JUN. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Luzia Campa

Atuali KMO

HERMANO 60 anos

que se casou com

com muito mais

os 10/13 grande

fizeram uma família

nao no tempo

3 de eq.

Estado de Paraíba
Secretaria de Saúde
Hospital Regional de Patos
Rua Horácio Nobrega, S/N - Patos - PB
CEP: 55015-000

feito a família

o o tempo

em 1

com 10 anos

11-04-13

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

20 JUN. 2018

ATENDIMENTO COM ACOULHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	06/03	Hora	18:00	Idade	40	Gênero	F	Nome/Sobrenome	Maio Herculino Gomes
Origem	HOSP - Infância								Regulador? <input checked="" type="checkbox"/> S
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas:	Fractura no tornozelo e.								Encaminhado? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Motivo do atendimento:	1) CA no pé								
Cidade:	São Paulo - SP								
Transporte:	Carro da família								
Uso de Medicação?	N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>								
Doença Previa?	N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>								
Tempo:	30	40	50	60	70	80	90	100	% PA
Tempo:	30	40	50	60	70	80	90	100	mg/DL
Doença	30	40	50	60	70	80	90	100	Classificação de Risco:
Severidade	30	40	50	60	70	80	90	100	<input type="checkbox"/> Vermelho <input checked="" type="checkbox"/> Verde
Severidade	30	40	50	60	70	80	90	100	<input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Azul
Severidade	30	40	50	60	70	80	90	100	Especialidade Médica:
Severidade	30	40	50	60	70	80	90	100	Ortopedia.

* Consultar tabela para interpretação

ENFERMEIRO/CARIMBO: *[Assinatura]*



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO

RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 29051

Prontuário: 108109

Data/Hora: 6/3/2018 15:32:09

Ocorrência: DOR NO PE

Classif. Risco: VERDE

Transporte: TRANSPORTE DE OUTROS ORGAOS PUBLICOS

Origem: PATOS - HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE

Reg: N Enc: S

Servidor do Dr.:

Paciente: KAIO HERCULANO GOMES

Idade: 6 Gênero: HOMEM CIS

Filiação:

Filiação I: ROZANGELA GOMES DA SILVA

Filiação II: JACQUES HERCULANO GOMES

Endereço:

Cidade: AGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500106

Endereço: JOSÉ FERREIRA MORENO

Bairro: JOSÉ BENONE

Naturalidade: AGUA BRANCA - PB

Fone: (83)99614-1215

Documentos:

CNS: 898-0037-0307-4096

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 4/4/2011

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

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

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

20 JUN. 2018

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

FEBRILIDADE em trabalho CID: E

DADOS DA SAÍDA

Data: 08/03/18

Hora: 08 H 30 Min

Motivo: () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM


Dr. Leonardo Monteiro
CRM: 108109

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

DA GUA LINDA

20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Kaio Herculano Gomes</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
OT	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<i>305</i>	<i>06</i>	<i>108/109</i>	
CIRURGIÃO		CIRURGIÃO			
<i>Dr. Cirurgião de Sutura em p/ R</i>		<i>Dr. Marcelo Sampaio</i>			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
<i>Sedação + local</i>		<i>Dr. Marcondes</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIN	
<i>Lidiane</i>		<i>06-03-18</i>	<i>17:00</i>	<i>17:50</i>	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	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 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparradrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Glicex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		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
	Gefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pleasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

20 JUN. 2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	RATTO CAVALER		Nº prontuário
Data da Cirurgia	06/02/18	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. N. L. L.	1º Auxiliar	Dr. P. M.
Anestesista	Dr. R. M.	Tipo de Anestesia	General (D)
Diagnóstico Pré-Operatório			
Lesão FZL + de			
Tipo de Cirurgia			
FZL + de			
Diagnóstico Pós Operatório			
FZL + de			
Relatório Imediato do Patologista			
-			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			
/			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) FZL + de
2) FZL + de
3) FZL + de
4) FZL + de



Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO

Paciente KAIQ HERCULANO GOMES

que se acidentou com moto
no dia 06-03-17, quando sofreu
grave fratura (a perna esquerda
ficou presa nos raios de roda
de moto). Após a ferida
muito profunda que atingiu a
dos LIGAMENTOS, T.R.S. A.C.E. Foi

11 DEZ. 2018

circundado e posteriormente fixado
com; tratamento fisioterápico.

Ficou seguido: de febre, de dor,
dor; limitação de movimentos de
articulação do membro lesado
(perna)

Tels.: (83) 3421-2857
9 8836-0812

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB.

Processo cicatricial dolorosa e diminuição
da massa muscular (atrofia); Avel 10%.

Claudia grande e não consegue
caminhar com algumas chaves.

CD: T43.2

04-12-18

Renio Guy W. Araújo
CRM 1326 - CBO 223146
Ortopedia / Traumatologia

11 DEZ. 2018



SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SECRETARIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS
NOME DO ESTABELECIMENTO
NOME DO RESPONSÁVEL
NOME DO RESPONSÁVEL

06 03 15

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: **Kaio Herculano Gomes**
Data: **04/04/11**

Assinatura: *[assinatura]*

R. José Ferreira Mourão
Água Branca PB 598003403044096

Relatório de atendimento
Exame físico: *[assinatura]*
Exame de urina: *[assinatura]*
Exame de sangue: *[assinatura]*

0303030019

[assinatura]

ASS. DO PACIENTE / ASS. DO RESPONSÁVEL

[assinatura]
Kaio Herculano Gomes

ATO DECLANATÓRIO

20 JUN. 2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE HOSPITALAR DE SAÚDE
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Sala de Atendimento ao Paciente

03.03.18
Munhe
de Bague

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

Nome: **Katlammo Gomes**

Idade: **04/04/11** Sexo: **OC A**

Estudante

Prof. Exata de Matemática

Endereço: **Av. Branca PB 338 Cxpt 0307 4096**

PLACA COR

ANAMNESE EXAME FÍSICO / EXAME LABORATORIAL

Pai de família com queixas de
dores agudas no abdômen em
região do umbigo e náuseas e
vômitos.

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

RESERVA - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

CARACTER DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

0301010012

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSOCIADO(S) / CARGO

Dra. Wollene P. Rodrigues
MÉDICA
CRM-CE 18.909

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO PACIENTE

X **Reginaela Almeida Silva**

ASS. DO CRIE / UNIDADE / CAMPO

20 JUN. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Luzia Campa

Atuali KMO

HERMANO 60 anos

que se casou com

com muito mais

os 10/13 grande

fizeram uma família

nao no tempo

3 de eq.

Estado de Paraíba
Secretaria de Saúde
Hospital Regional de Patos
Rua Horácio Nobrega, S/N - Patos - PB
CEP: 55015-000

feito a família

o o tempo

em 1

compartilhado

11-04-13

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

20 JUN. 2018



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO

RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 29051

Prontuário: 108109

Data/Hora: 6/3/2018 15:32:09

Ocorrência: DOR NO PE

Classif. Risco: VERDE

Transporte: TRANSPORTE DE OUTROS ORGAOS PUBLICOS

Origem: PATOS - HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE

Reg: N Enc: S

Servidor do Dr.:

Paciente: KAIO HERCULANO GOMES

Idade: 6 Gênero: HOMEM CIS

Filiação:

Filiação I: ROZANGELA GOMES DA SILVA

Filiação II: JACQUES HERCULANO GOMES

Endereço:

Cidade: AGUA BRANCA - PB - 58748-000 - 2500106

Endereço: JOSÉ FERREIRA MORENO

Bairro: JOSÉ BENONE

Naturalidade: AGUA BRANCA - PB

Fone: (83)99614-1215

Documentos:

CNS: 898-0037-0307-4096

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 4/4/2011

Cor: PARDAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

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

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

20 JUN. 2018

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

FEBRILIDADE em hemograma CID: E

DADOS DA SAÍDA

Data: 08/03/18

Hora: 08 H 30 Min

Motivo: () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM


Dr. Leonardo Monteiro

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

DAQUIA LEMEIRO

20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Kaio Herculano Gomes</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<i>305</i>	<i>06</i>	<i>108/109</i>	
CIRURGIÃO		CIRURGIÃO			
<i>Dr. Cirurgião de Sutura em p/ R</i>		<i>Dr. Marcelo Sampaio</i>			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
<i>Sedação + local</i>		<i>Dr. Marcondes</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIN	
<i>Lidiane</i>		<i>06-03-18</i>	<i>17:00</i>	<i>17:50</i>	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	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 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocaína Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Glicex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		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
	Gefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pleasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

20 JUN. 2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	RATTO CAVALER		Nº prontuário
Data da Cirurgia	06/03/18	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. N. L. L.	1º Auxiliar	Dr. P. M.
Anestesista	Dr. R. M.	Tipo de Anestesia	General (D)
Diagnóstico Pré-Operatório			
Lesão FZL + de			
Tipo de Cirurgia			
FZL + de			
Diagnóstico Pós Operatório			
FZL + de			
Relatório Imediato do Patologista			
-			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			
/			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) FZL + de
2) FZL + de
3) FZL + de
4) FZL + de

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

757633719

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

757633719

PROIBIDO PLASTIFICAR

757633719

NOME
JAKES HERCULANO GOMES

DOC. IDENTIDADE (ONG, EMISSOR / UF)
3102103 SSP PB

CPF
002.738.194-40

DATA NASCIMENTO
04/10/1985

PLAÇÃO
JOSE HERCULANO
SOUZINHO
MARIA LEUDA GOMES
HERCULANO

PERMISSÃO
[]

NOC
[]

CAT. HAB.
[]

Nº REGISTRO
04443336800

VALIDADE
08/07/2018

HABILITAÇÃO
29/08/2008

Observações
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL
AFOGADOS DA INHASSA - PB

DATA EMISSÃO
09/07/2013

Assinatura do Carteiro

47497881889
78054264979

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

20 JUN. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1302267212

NOME
 VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 3360681 SSP PE

CPF
 081.736.954-66

DATA NASCIMENTO
 21/02/1990

FILIAÇÃO
 VALDECI LEANDRO DA SILVA
 SUELENIA MARIA FERREIRA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 06474470219

VALIDADE
 08/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
 01/10/2015

OBSERVAÇÕES
 A

ASSINATURA DO TITULAR
 VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

LOCAL
 AFOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSÃO
 05/10/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 52601443138
 PE076274922

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1302267212

20 JUN. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013931751235
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 195019148 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES

AFOGADOS DA INGAZEIRA - G

CPF / CNPJ 101.681.644-85 PLACA KGZ9213

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC16109R043541

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 TITAN MIX K3 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. / POT. / CIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

IPVA 2018 QUITADO 2ª *****

PAGA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

AFOGADOS DA INGAZEIRA DATA 13/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013931751235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES

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

AFOGADOS DA INGAZEIRA EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/03/18

VIA 1 CPF / CNPJ 101.681.644-85 PLACA KGZ9213

RENAVAM 195019148 MARCA / MODELO HONDA / CG150 TITAN MIX K3

ANO FAB. 2009 CAT. TAR. 09 NF CHASSI 9C2KC16109R043541

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

SEGURO PAGO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



20 JUN. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JAKES HERCULANO GOMES

inscrito no CPF/MF sob o nº 062.738.394-40 e RG 3182103, SSP/ PB, residente e domiciliado junto a Rua Jose Teodina MORENO, SN, bairro Jose Benoni, cidade de AGUA BRANCA - PB, CEP nº 58748-000

OUTORGADA: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, com escritório profissional situado na Rua Rui Barbosa, nº 21, loja 12 Bairro Centro, cidade de Patos-PB. CEP 58700-000. Contatos (83)9.8851-1409/ 9.9910-3948.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados disponibilizados ao outorgante.

Parol - PA
18/ junio de 2018

OUTORGANTE

MARCAL LEITE

© 2007 by The Authors
Journal compilation © 2007 by Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

JAMES HERCULANO GOMES.....

Co. Inst. da unidade. Amm. Brasilia-DF 14/04/2010 10:21:37

Em teste, da veracidade, Água Branca-PE 16/09/2016 10:21:53
Jean Pereira Leite - Substituto

[2018-000795]EMOL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: A6Y13251-UJNM

MARCO ALEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

ob. Alexander Pereira Leite

— 'ESCREVENTE'

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223009/18

Número do Sinistro: 3180286687

Vítima: KAIO HERCULANO GOMES

CPF: 062.738.194-40

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/03/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: JAKES HERCULANO GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 11/12/2018
Nome: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
CPF: 081.736.954-66

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL