
Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JAKES HERCULANO GOMES

Nº Sinistro: 3180286687

Vitima: KAIOS 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



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 LIDER 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





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

354.240.804-05

Nome completo da vítima

KAIOS HERCULANO GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo KAIOS HERCULANO GOMES	CPF titular da conta 062-938-194-90	Profissão Receito
Endereço RUA 805 Fernanda MORENO	Número SN	Complemento Casa
Bairro JOSÉ BENONI	Cidade ÁGUA BRANCA	Estado PB
Email VANCASAMARA@HOTMAIL.COM	CEP 58748-000	Telefone (DDD) (83) 9 8851-3409

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº.	D/V	CONTA Nº.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	Nº		
BANCO DO BRASIL	00		
AGÊNCIA Nº.	D/V	CONTA Nº.	D/V
2734	6	12930	0
(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

KAIOS HERCULANO GOMES
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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 Civis 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 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: Sebastião Vieira Fernandes

ÁGUA BRANCA/PB, 04 de abril de 2018.

Isabella Cristina Soares Gomes
ISABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
Mat. 168.555-4

**DELEGACIA
DE
ÁGUA BRANCA-PB**

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Jakes Henrique Gomes

CPF do Representante legal

062.738.194-40

Email

Telefone (DDD)

(83) 9.8851-1409

vaneira.samana@live.com

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 atende 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 as custas da Seguradora Lider 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, 28 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

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENO)

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 EXTENO)

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Água Branca-PB, 11 de Abril de 2011

Maria Ivoneide Gonçalves César

Maria Ivoneide Gonçalves César
Escrevente Compromissada

Serviço Notarial e Registral

Baltazar Barbosa César

- TITULAR -

Maria Ivoneide Gonçalves César
- ESCREVENTE ENCARREGADO
CNPJ: 98.745.980/0001-00 - ÁGUA BRANCA-PB



**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

06 03 18

01 03 18
01 03 18

Kaiu Herculano Gomes

Maria Edna Gomes

04 04 11 06

R. José Furukawa Monjolo
Águia Branca 20 398003403044096

PT em uso de uso para
a sua grande variedade
de serviços.

030500012

D

José Herculano Gomes

ATO DECLARAÇÃO

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

SANDRA MARIA SILVA CANTAS
RUA ALAIDE MEDERICO, 591 JATOBA
PATOS / PB CEP: 56701-00 (AO 118)

Emissão: 20/04/2018 Referência: Abr / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230 KH25 - Gato-Restaria - João Pessoa/PB - CEP: 59071-000

Rodovia: 16 - 119 - 450 - 1700 N° medidor: 1007281648

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.152/0001-40 - Inscrição: 16.016.023-0

Nº Fiscal / Código de Barras Eletrônico: N005 101 577
Cód. para Disk Automática: 00014448401

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Abr / 2018

Apresentação

30/04/2018

Data prevista da

próxima leitura

30/05/2018

CPF / CNPJ / RANI

2583239490
Per. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1444840-1

Canal de contato

Descrição de Outorga Anual de Conta:

Conforme previsto na Lei 12.107 de 26 de julho de 2009, informamos à outorga que dos méritos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica destaca-se um dos consumidores vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esse débito só subsiste, para o cumprimento das obrigações do consumidor, do qual fazem parte os faturamentos mensais das séries do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Viu muito cedo no cronograma? Por favor, se aprofunde. Ligue imediatamente para a Energisa e saiba qual é para isolá-lo fiscal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
29/03/18	7778	30/04/18	7788	-	59	32
Demonstrativo						
CÓD. Descrição						
0001 CONSUMO ANUAL				Tributo Total(R\$) ICMS/R\$ IPI/R\$ PIS/Cofins/R\$ CSLL/IRPJ/IRRF/Outros(R\$)		
0002 CONTRIBUICAO LIM/ PÚBLICA	69.000,00	707.830	40,04	48,94	25 12,21	48,84 0,44 3,00
0004 JUROS DE MORO 09/2018			8,80	9,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 09/2018			0,16	0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00
			0,60	0,00	0 0,00	0,00 0,00 0,00

CÓD. Código de Classificação do item TOTAL

00 42,94 12,21 48,84 0,44 2,08

Média últimos meses (kWh)

00

VENCIMENTO
08/05/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 56,30

Histórico de Consumo (kWh)

77	81	87	94	88	78	28	88	88	88	88	88	88
Abri17	Maio17	Jun17	Jul17	Agosto17	Sep17	Out17	Nov17	Dez17	Janeiro18	Fever18	Mar18	

RESERVADO A CONSULTA

3636.dba2.662d.5c3a.c591.b166.0a0e.15d7

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC ANUAL	11,48	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	11,48	220
DC ANUAL	23,15	
FC MÉDIA	23,25	
FC TRIMESTRAL	23,25	CONTRATADA
PIGRAMA	12,45	LIGUE E DESLIGUE
DCP	3,37	200
DCR	12,22	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Envio da Nota da Energisa/PB	12,01	21,72
Consumo de Energia	11,44	21,24
Imposto de Importação	10,00	18,18
Impostos Internos	3,83	6,93
Impostos Diretos e Indiretos	22,77	41,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	56,30	100,00

VOLUME: 15000 R\$ 2/2018 R\$14,00

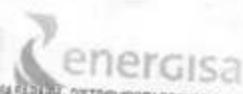
ATENÇÃO

Faturas em atraso

JAKES HERCULANO GOMES
RUA JOSE FERREIRA MORENO, S/N - CASA - JOSE BENEDITO
AGUA BRANCA / PB CEP: 58740000 (AD: 189)

Emissao: 22/05/2018 - Referencia: Mai/2018

Classificacao: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPOLICO R-230, KM-25 - Cidade: Recife - Jaboatão - José Bonifácio / PB - CEP: 56071-000
Pot. 12 - Térm: 300 - 2804 - NP med: 00009977393



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1630 - Centro - Recife - PE - CEP: 50070-000
CNPJ: 00.000.000/0001-40 - INSC. EST: 16.016.829-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°008.912.202
Cód. para DBA Automática: 00017189214

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Maio / 2018	22/05/2018	21/06/2018	6273819440 Hab. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1712921-4

Basta o usuário Energisa CNH em qualquer momento ou lugar, através de sua conta, mudanças de situacões, informações sobre fato de energia e diversos outros serviços, todos sem precisar sair de casa. Basta entrar e aproveitar os serviços.

Anterior	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo	Dias
	20/04/18	3029		22/05/18	3060	1	81	32
DEMONSTRATIVO								
Detalhado: Tarifa: Tarifa de Conta Normal (Básica) - Preço: Custo (R\$)								
0881 - Consumo em kWh		31.000 0.881471	85,30	16.28	25	8,83	38,28	0,22
0801 - Abt. E. Amendo			0,50	0,50	25	0,12	0,50	0,00
0807 - CONTRIBUICAO P/ RECA		8,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 43,82 25,76 8,84 25,76 0,22 1,01

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
29/05/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 43,92

Histórico de Consumo (kWh)

30	1	52	1	61	1	83	1	53	1	88	1	81	1	48
Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sent/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18			

RESERVADO ADENDO 22a7.2684.b32d.f5b0.6c20.2ebc.69cd.ed39.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MÍNIMAL	2,25	2,32	Demanda 2-11 no Pregão 92	2,82	6,48
DC TRIMESTRAL	14,27		Demanda 3-12 no Pregão 92	17,02	37,85
DC ANUAL	29,07		Demanda 1-12 no Pregão 92	34,19	74,42
FICTIONAL	1,00	CONTRATADA	Demanda 2-11 no Pregão 92	1,00	2,14
FICTIONAL	1,00	LIMITE INFERIOR	Demanda 3-12 no Pregão 92	1,00	2,14
FICTIONAL	13,20	LIMITE SUPERIOR	Demanda 1-12 no Pregão 92	13,20	29,07
DIG	8,14		Outras Demanda	---	---
DIG	12,24		Total	43,92	100,00

Valores B3CD (Ref. 2/2018) R\$ 13,81

- Período de Referência: 1/04/18

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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu VANESSA SAMANIA FERREIRA LOPES inscrito (a) no CPF/CNPJ 081 736 954-66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JANEIRO HERCULANO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 062 738.194-90, do sinistro de DPVAT cobertura JNVALDEZ da Vítima KATO HERCULANO GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 154.240.809-05, 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		Número	Complemento
<u>Rua Alvalade de Medeiros</u>		<u>SN</u>	<u>Casa.</u>
<u>PATO BR</u>	<u>PATO</u>	<u>PA</u>	<u>58700-000</u>
<u>VANESSA SAMANIA FERREIRA LOPES</u>	<u></u>	<u>(83) 98851-1409</u>	<u></u>

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

VANESSA SAMANIA FERREIRA LOPES.

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ALINE DOS SANTOS,
RG nº 55 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
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Ferreira Moreno, nº SN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima KAI O MELQUINHO GOMES, cujo o condutor era
SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES.

Veículo: MOTOCICLETA.

Modelo: KONA CG 150 TITAN MAX KS
Ano: 2009

Placa: KGZ 9233

Chassi: 9C1KCG16J09R04354J

Data do Acidente: 06/10/2018

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

MARÇAL LEITE

MARÇAL LEITE

X Maria Aline dos santos fernandes

Assinatura do Declarante

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

MARÇAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
MAISOLÉU DE GESTÃO - ÁGUA BRANCA - PB - CEP 58160-000 - FONE/FAX: (031) 3611-1007/008 - E-mail: maisoleu@bol.com.br

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES*****
MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES*****
Em testemunha: Águia Branca-PB 16/06/2018 10:07:59
Jean Pereira Leite - Substituto
[2018-000754]ENOL:R\$ 18,96 FARFENE:R\$ 0,56 FEPJ:R\$ 0,00 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
SELO DIGITAL: ADW94891-PFE6, AGX00511-2KUY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br> | Leite | Escrevente

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

06 03 18

ESTADO DE SÃO PAULO
REGISTRO DE PROPRIEDADE
DE IMÓVEIS
SUS

01 Hora

Kaiw Hernandes Gomes
04/04/06

Maria Antônia Gomes

R. José Furukawa Monino
Aqua Branca 10 398003403044096

Casa para praça
para venda na
área urbana.

X
0303030019

D


Kaiw Hernandes Gomes

ATO DECLARATÓRIO

20 JUN. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Lmedo orospa

Morumbi 1540

Moncavalo 62 mts

que se encontra
com resto da
02/08/13 preso

Criança de 10
anos ferida
no tórax -

328 esp.



foto a Graciosa

20.08.13

EMT

Centro

P.M. 11-04-13

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

20 JUN. 2018

1400-1400

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUÍH CARMÉRO
PATOS - PARÁBA



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome/Thomas Social				
Data	Hora	Made	Gênero*	
06/03/2013	14:18	Célio	HC	Plano Hospitalar Clínico
Origem:	Hospital - Internado			
Doença Principal/Histórico Atual da doença/ Início dos sintomas:				

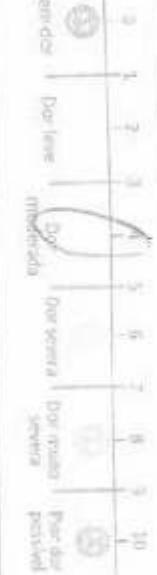
Querida Principia/História Atual da Boticária: Mito do Vídeo-Game

103 | Page

卷之三

Citane: _____
Transporte: **Avião** **Avião** **Avião**
Uso de Medicamento? **Não** **Não** **Não**

J. POLYMER SCI.: PART A



Acompanhante: () S/Acomp. (seletor Crítico) () S/Acomp. (poder consciente, orientando e capaz de autoregulação)

* Consult table D-2A in RMR

ENFERMEIRO/CARIMBO 745

20 JUN. 2018

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO 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 - 58746-000 - 2500106		
Endereço:	JOSE FERREIRA MORENO	N.	
Bairro:	JOSE BENONE		
Naturalidade:	AGUA BRANCA - PB		
Fone:	(83)99514-1215		
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: *Janduhy Bal de Freitas*
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:	<i>Febre alta em horário CID:</i>
DADOS DA SAÍDA	
Motivo:	Data: <u>08/10/18</u> Hora: <u>18</u> H <u>30</u> Min
<input type="checkbox"/> Alta Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Alta Melhorado
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Transfência
<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Óbito
Médico/CRM	<i>Dr. Leonardo Monteiro</i> <i>Medicina e Cirurgia</i> <i>Residente em Radiologia</i>

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

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital	Enfermagem		Ledo	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA	Hélio Henrique Gomes		06	Sexo: Masculino
6386	Pressão Arterial	Siccações	Altura:	Cir.
Tipo Exame:	Hemácias	Temperatura	Peso:	
	Hemoglobina	Hematocrito	Urato:	Outros:
	União			
7.0. Respiratório			Asteia	Bronquite
8.0. Circulatório				Eletrocardiograma
9.0. Digestivo	Dentes	Pescoco	Ap. Urinário	
10.0. Endócrino	Aceiticos	Corticoides	Alergia:	Hipotensores
Diagnóstico Pós-Operatório:	PAP nas Tornozelos		Endo Físico:	Risco:
Anestesia Advertos:				
Medicação Pós-Anestesia:			Aplicação:	Efeitos:
Agentes Anestésicos	02			INDUÇÃO:
Líquido	UR			Safal: _____ Excel: _____ Toss: _____
	8			Laringo Espasmo: _____ Laringe: _____
				Náuseas: _____ Vômitos: _____
				Outras: _____
EV. ARTERIAL - PULSO	260			MANUTENÇÃO:
V.Z. ANESTESIA, DIFRAÇÃO	240			
	220			
	200			
	180			
	160			
	140			
	120			
	100			
	80			
	60			
	40			
	20			
Símbolos	XO			Anestesia Safal: Sim: _____ Não: _____
Anotações:	XO			Não, por quê? _____
Posição:	Op			DESPERTAR:
Agentes:	Rotoflex			Reflexos na SO: _____
Técnicas:	30%			Obstr.: CO ₂ : _____ Excr.: _____
Coexisten:	abuso alco + tabaco			Náuseas: _____ Vômitos: _____
Gravidez:	087cm			Outras: _____
Anestesista:	opacomi			Color cárula: _____ para o leite sim: _____ não: _____
Observações:	201X			CONDICÕES:
				Câmara: _____

20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Kaio Herediano Gomes					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT.	LEITO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
		305	06	108709	
CIRURGIA		CIRURGÃO			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
TC- Cirurgia de Sutura em pé E		Dr. Marcelo Serafim			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
Sedação e loco		Dr. Marcano			
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO	FIM	
Lidiane	06-03-18		17:03	17:50	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ fôoro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-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 Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Irioval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Gidox
	Sufenta		Vaseline 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
250 mg	Cefatotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1ml	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		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
	Ablocate 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



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>KAN</u>	Carvalho	Nº prontuário
Data da Cirurgia	<u>06/03/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião	<u>Dra. Nival</u>	1º Auxiliar	<u>Dra. Fern</u>
Anestesista	<u>Dr. Nunes</u>	Tipo de Anestesia	<u>Somni</u>
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Lesão Estomacal de fundo de ferro</u>		
Tipo de Cirurgia	<u>LAC + Sutura</u>		
Diagnóstico Pós Operatório	<u>LAC + Sutura</u>		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Técnica e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

①	<u>Linha de sutura</u>
②	<u>Draf + F + up</u>
③	<u>LAC + Sutura de fundo de ferro</u>
④	<u>curtura</u>



Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO

Afonso KAIÓ HERCULANO GOMES

que se acidentou com mesto
no dia 06-03-17, quando sofreu
grave fratura (à pena esquerda
femur presa nos rolos de rede
de mato) tendo-se a feri-
mão profunda que atingiu a
dois terços, T.R.S. Acre. Foi
cimbrado e posteriormente refi-
tado, tendo sido fisioterapeuta.

11 DEZ. 2018

Ficaram seguidos: deficit p/ deambula-
ção, limitação de movimentos de
articulação do trângulo lateral
(femur)

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

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB.

Processo cicatricial doloroso e diminuição
de massa muscular (atrofia); Ausculto

Claudiação gástrica constante e mais intensa
com esforço e com o peso.

CD: T93.2

Prv, 04-12-18

Jenio Guly VV. Araújo
CRM 1326 - CBO 223146
~~Uropediatra / Traumatologista~~

11 DEZ. 2018

06 03 18

ESTADO DE SÃO PAULO
REGISTRO DE PROPRIEDADE
DE IMÓVEIS
SUS

01 Hora

Kaiw Hernandes Gomes
04/01/06

Maria Antônia G.

R. José Furukawa Monino
Aqua Branca 10 398003403044096

C/ 1º andar p- mto
p- mto apartamento
mto mto mto mto

X
0303030019

20


Kaiw Hernandes Gomes

20 JUN. 2018

ATO DECLARATÓRIO

Kewo Kauaiano Gomub
Ouou II OEA

gel Fuxina Melano
Aqua Branca PB 333 0034 0304 4026

Per de inter-
de leis nacionais
que os cidadãos
não

Dip. Wellcome
Name P.
C.M.D., Rot.
C.C.C. C-4
1000000000

223

C3 C3 18

Markha

Markha

20 JUN. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Lmedo orospa

Morumbi 1540

Moncavalo 62 mts

que se encontra
com resto da
02/08/13 preso

que é o tradi-
tional no tempo -

328 esp.



foto a Graciosa

20.08.08

ENTR

Ciumentas

P.M. 11-04-13

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

20 JUN. 2018

04/06/2018 14:45
SUS
SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUÍ CARMÉRIO
PATOS - PARÁBA



ATENDIMENTO COM ACOMPLIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Hora	Idade	Gênero*	Nome/Nome Social	Regulador? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Encaminhado? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
04/06/2018	14:45	45	M	Kiúio HUNTERINO LOPES		

Origem: HOSPITAL - INFONET

Queixa Principal/Histórica Atual da doença/Início dos sintomas:

Início da dor no tórax e dor no estômago.

Motivo do atendimento:

Doença Preexistente
Queda, engasgo.

Cidade:

Transporte:

Uso de Medicamentos?

Alergia? S N

Doença Preexistente? S N

Tempo:	HC	Hab.	Alcool	Fumar	IPNO	Sed.	% PA	Homem	Mulher	Média
Doen.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Servidor	Pariente	Dois	Por semana	Por mês	Por dia	semanal	semana	semana	semana	semana

Classificação de Risco:
 Vermelho Verde
 Amarelo Azul
Especialidade Médica:
Urgência Pediátrica

Acompanhante: Sim Acomp. (Setor Crítico) Sim Acomp. (pcte consciente, orientado e capaz de autoruimado)

Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preenchimento

ENFERMEIRO/CARIMBO / Carimbo

20 JUN. 2018

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 29051

Pronunciado: 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 - 58746-000 - 2500106
Endereço: JOSE FERREIRA MORENO
Bairro: JOSE BENONE
Naturalidade: AGUA BRANCA - PB
Fone: (83)99514-1215

N.

Documentos

CNS: 898-0037-0307-4096

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.

Informações adicionais

Nascimento: 4/4/2011
Cor: PARD
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Janduhy da Silva
ANAMNESE (História da Molestia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Ac de alta
EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

20 JUN. 2018

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Febre alta em horário CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: 08/03/18

Hora: 18 H 30 Min

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

Médico/CRM

*Dr. Leonardo Monteiro
Médico de Família e Psicólogo
Assessoria à Família*

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

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermagem		Ledo	Nº Prontuário
6386	Pressão Arterial	100	Síntomas	Temperatura	Peso	Idade
Tipo Sangramento	Hematuria	Hemoglobin	Hematocrito	Gástrica	Ureia	Altura
	Urina					
2.1. Respiratório				Asteia	Bronquite	
2.2. Circulatório				Eletrocardiograma		
2.3. Digestivo	Dentes	Pescoco	Ap. Urinário			
2.4. Endocrinológico	Aceiticos	Corticoides	Alergia		Hipertensão	
Diagnóstico Pós-Operatório	PAP no Tornozelo			Exercício Físico	Risco	
Anestesia Anteriorosa						
Medicação Pós-Anestésica				Aplicação	Efeitos	
Agentes Anestésicos	02			INDUÇÃO		
Líquido	UR 8			Satisf.	Exalt.	Tosse
CO ₂ / CO EV. ARTERIAL, PULSO N.2 - ANESTÉSIA OPERAÇÃO	260	240	220	Laringo Espasmo	Laringe	
	200	180	160	Náuseas	Vômitos	
	140	120	100	Outras		
	80	60	40	MANUTENÇÃO		
	20					
Símbolos	XO	O				
Anotações						
Posição	Op. 3					
Agentes	Rotoflex					
Técnica	Lapar					
Colectora	abdomen + bexiga					
Unidades	01 x 1000 ml					
Anestesiata	Op. 30 min					
Observações	pox					

20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Kaio Herediano Gomes					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT.	LEITO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
		309	06	108709	
CIRURGIA		CIRURGÃO			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
TC- Cirurgia de Sutura em pé E		Dr. Marcelo Serafim			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
Sedação e loco		Dr. Marcano			
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO	FIM	
Lidiane	06-03-18		17:03	17:50	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ fôoro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-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 Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Irioval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Gidox
	Sufenta		Vaseline 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
250 mg	Cefatotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1ml	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		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
	Ablocate 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



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>KAN</u>	Carvalho	Nº prontuário
Data da Cirurgia:	<u>06/03/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião:	<u>Dra. Nival</u>	1º Auxiliar:	<u>Dra. Fern</u>
Anestesista:	<u>Dr. Nunes</u>	Tipo de Anestesia:	<u>Somni</u>
Diagnóstico Pré-Operatório:	<u>Lesão Estomacal de fundo de ferro</u>		
Tipo de Cirurgia:			
Diagnóstico Pós Operatório:	<u>lmc + fáscia</u>		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Técnica e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

①	<u>Linha de sutura</u>
②	<u>Draf + Fáscia</u>
③	<u>lmc + fáscia de fundo de ferro</u>
④	<u>anterior</u>

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

757633719

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

NOME: JOAQUIM HERCULANO GOMES
DOC. IDENTIDADE: CR. SÍMBOLO: UF:
3102103 SSP PB

CPF: 062.738.196-40 DATA NASCIMENTO: 04/10/1985

PAIS/AVÔS:
JOAQUIM HERCULANO
BORGES
MARIA LEUDA GOMES
HERCULANO

PROMESSA: NÃO CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 04443136800 VALOR: 08/07/2018 VENCIMENTO: 29/06/2008

NOTA: SEM OBSERVAÇÕES

Joaquim Herculano Gomes
PROMOTOR DA PREGAÇAO

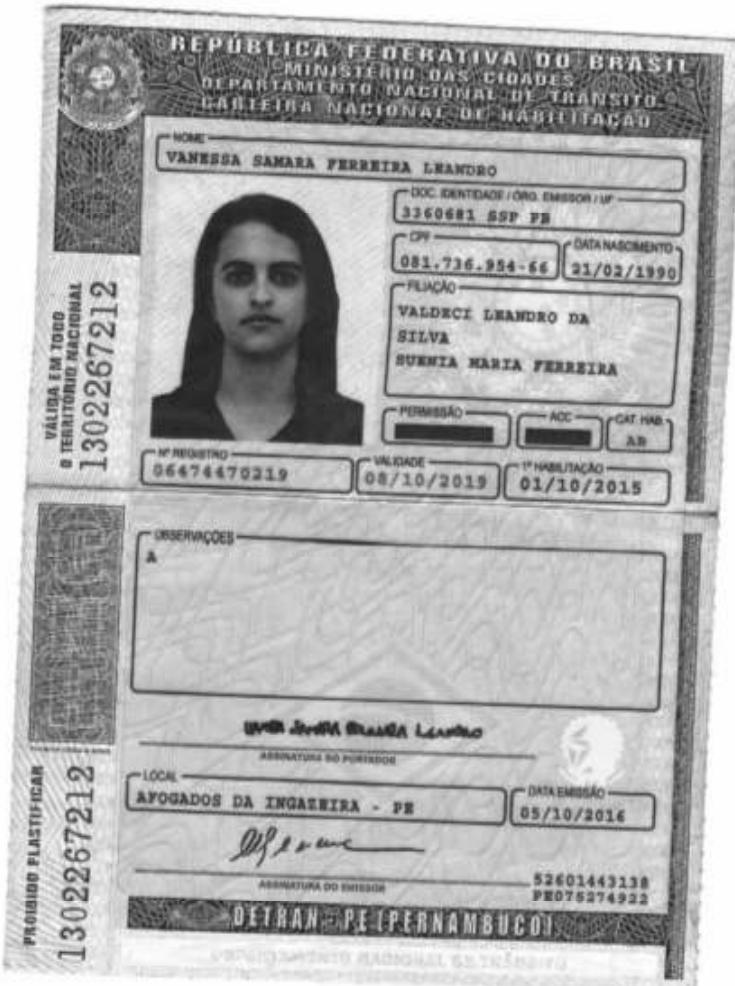
DOC. AFEGADOS DA INDIAIXA - PR DATA EMISSÃO: 09/07/2013
J. R. da C. P. M.
AUTENTICA DA CONCESSIONÁRIA
DETTRAN - PE/PERNAMBUCO

47427581889
7E054364979

PRONTO PLASTIFCAR

757633719

20 JUN. 2018



20 JUN. 2018

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

**VALIDEZ EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL**

757633719

JOSE HERCULANO GOMES

DOC. IDENTIDADE: CR. SÍMBOLO: UF:
3102103 SSP PB

CPF: **062.738.196-40** DATA NASCIMENTO: **04/10/1985**

PAI: **JOSE HERCULANO**
MÃE: **MARIA LEUDA GOMES**
MUNICÍPIO: **HERCULANO**

PERMISSÃO: **HC** CAT. HAB.: **AB**

Nº REGISTRO: **04443136800** VALOR: **08/07/2018** VENCIMENTO: **29/06/2008**

OBRAÇÕES
sem observações

José Herculano Gomes
AUTORIZADO PELA PESQUISA

DOC. AFEGADOS DA INDIAIXA - PR
DATA EMISSÃO: **09/07/2013**

José Herculano Gomes
AUTORIZADA PELA PESQUISA

DETTRAN - PE / PERNAMBUCO

47427581889
7E054364979

PRONTO PLASTIFCAR

20 JUN. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

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

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	195019148	*****	2018

NOME
MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES

AFOGADOS DA INGAZÉIRA - G

CPF/CNPJ	PLACA
101.681.644-85	KGZ9213
PLACA ANT./UF	CHASSI
***** /PE	9C2KC16109R043541

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL
MARCA / MODELO	

HONDA/CG150 TITAN MIX-K8	ANO FAB.	ANO MOD.
	2009	2009

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

I P V A	COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	VEND. COTAS
	IPVA 2018 QUITADO		1* *****
	FADIA IPVA	PARCERAMENTO / COTAS	2* *****
1			3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO	0000000000000000	0000000000000000	00/00/0000

SEM RESERVA	OBSERVAÇÕES
-------------	-------------

AFOGADOS DA INGAZÉIRA	DATA
Charles Andrews Sousa Ribeiro	12/03/18
Director-Presidente DETRAN/PE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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 INGAZEI	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2018	13/03/18

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	101.681.644-85	KGZ9213
RENAVAM	MARCA / MODELO	

195019148	HONDA/CG150 TITAN MIX K	NO CHASSI
ANO FAB.	CAT. FAB.	
2009	09	9C2KC16109R043541

PRÉMIO TARIFÁRIO	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE CANCELAMENTO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPU 09.248.660/0001-04

DESENHO E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NAO È DE PORTA OBRIGATÓRIO.



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
José Fernânia Moreno, SN bairro
José Bononi, cidade de ÁGUA 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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider DPVAT e a SUSEP.

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

Patos - PB
18/ JUNHO de 2018

JAKES Herculano Gomes
OUTORGANTE



MARCAL LEITE

SÉRVICO NOTARIAL E REGISTRAL

RUA DIOGO VIEIRAS, 100 - CENTRO - ÁGUA BRANCA - PB - CEP 58700-000 - FONE/FAX (83) 3211-0000 - E-mail: selodigital@bol.com.br

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
JAKES HERCULANO GOMES

Eu testi da verdade. Áqua Branca-PB 16/06/2018 10:21:33

Jean Pereira Leite - Substituto

[2018-000755]EMOL:R\$ 0,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$

SELO DIGITAL: ABY13251-01NM

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jud.br> Jean Pereira Leite
"ESCREVENTE"

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223009/18

Número do Sinistro: 3180286687

Vítima: KAIÓ HERCULANO GOMES

CPF: 062.738.194-40

Data do acidente: 06/03/2018

JAKES HERCULANO
GOMES

CPF de: Representante

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

MARCOS AURELIO VIDAL