



Número: **0800001-50.2020.8.15.0941**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
K. H. G. (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
JAKES HERCULANO GOMES (REPRESENTANTE)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38587119	21/01/2021 09:51	Petição	Petição
38587121	21/01/2021 09:51	2703069_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38587123	21/01/2021 09:51	2703069_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Pag. 01527/01528 - carta_01 - INVALIDEZ

00020764



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JAKES HERCULANO GOMES

Nº Sinistro: 3180286687

Vítima: 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

Pag. 00127/00128 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13017696





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: 354.240.804-05 CPF da Vítima: 062.938.199-40 Nome completo da vítima: KAILO HENRIQUE GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JAVES HENRIQUE GOMES CPF titular da conta: 062.938.199-40 Profissão: Recife
Endereço: RUA ROSA FERRERIA MORENO Número: 50 Complemento: CABA
Bairro: JOSE BONINI Cidade: AGUA BRANCA Estado: PB CEP: 58748-000
Email: VALENTINASAMARA@LUC.COM Telefone (DDD): (31) 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

☒ 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)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome: BANCO DO BRASIL NRO: 00

AGÊNCIA
NRO: 8734 D/V: 6

CONTA
NRO: 12930 D/V: 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

JAVES HENRIQUE 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 Rosângela 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 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
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 interdita 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 354.240.809-05	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
E-mail IANERA.SAMARA@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

X **JAKES HENRIQUE GOMES**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





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 -
CNPJ 08.746.898 - ÁGUA BRANCA-PB

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)		DIA	MES	ANO
quatro de abril de dois mil onze		04	04	2011
HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
04:55	Patos-PB			
MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO		
Água Branca-PB	Maternidade Dr. Peregrino Filho	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	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NÃO	NÃO POSSUI			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)		DNV (DEC. NASC. VIVO)		
onze de abril de dois mil onze (11/04/2011)		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
CNPJ 08.746.898 - 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





Unidade Prestadora de Serviços
Hospital de Referência - 26 de Abril
Endereço: Rua da Saúde, 100 - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01308-000

06 03 15
01 01/06/2018

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: **Kaio Herculano Gomes**
Data: **04/06/11**

R. José Ferreira Monino
Água Branca PB 598003403044096

Motivo: *verificar*

Exame físico: *sem alterações*
Exames de laboratório: *sem alterações*

0305050019

[Assinatura]

[Assinatura: João Herculano Gomes]

ATO DECLATORIO

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



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 26 - Cesta Rodoviária - João Pessoa/PB - CEP 53071-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.016.029

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 05 391 571
Cód. para Dib. Automático: 0601444840

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	30/04/2018	30/05/2018	2583239490

UC (Unidade Consumidora): 5/1444840-1

Canal de contato

Destinação de Quilópia Anual de Créditos
Conforme previsto na Lei 12.067 de 28 de junho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos pagamentos regulares de energia elétrica dentro unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e ainda em atraso. Esta destinação substitui, para a composição do cumprimento das obrigações ao consumidor, as quotas dos pagamentos remanescentes dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Viu unificada no Canal de Atendimento ao Cliente, disponível para a Energia e para o Aquisição de Crédito.

[illegible]

CDI - Custo de Classificação do Item	TOTAL	59,30	42,94	12,21	42,94	0,44	2,70
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh) 88

VENCIMENTO
08/05/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 56,30

Histórico de Consumo (kWh)

TOTAL A PAGAR
R\$ 56,30

Histórico de Consumo (kWh)											
77	81	87	94	98	103	108	115	122	128	135	142
Abr/17	Mar/17	Jun/17	Jul/17	Agos/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

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

Indicadores de Qualidade 2/2016, 2016

[illegible]

Visit us EUSO (Ref: 2/2018) R\$ 14.00

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 SAMANHA FERREIRA 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 DE MEDEIROS</u>		Número <u>50</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.SAMMANH@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 SAMANHA FERREIRA 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 residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Ferreira Moreno, nº 50,
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 HELEWANO GOMES, cujo o condutor era
SEBASTIÃO VIEIRA FERNANDES.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX KS
Ano: 2009
Placa: KGZ 92J3
Chassi: 9C2K C16J 08R 04354J
Data do Acidente: 06/03/2018
Local e Data: PARAIBA - 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
SUELIO MOREIRA TORRES
RACONHECO, 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 10:07:59
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.tpb.jus.br>
MARÇAL LEITE
ESCREVENTE

20 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





GOVERNAMENTO FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
Paciente: **06 03 15**
Data: **01** **História**

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE
Kaio Heroldano Gomes
04/04/11 06

R. José Ferreira Mourão
Água Branca PB 848003403074696

Marque o motivo para...

ANAMNESE (30/04/2018) (11/05/2018)

Paciente com dor no abdômen por 02 dias
dor tipo cólica, localizada no lado direito
inferior, acompanhada de náuseas.

CAUSAS DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

Yoma cistíctico.

MEDICACÃO

2 comprimidos de...

EXAME LABORATORIAL

SERVIÇOS REALIZADOS (GOVERNO DO ESTADO)

0305030012

EXAME DE LABORATÓRIO (INSTRUMENTAL E COLETA)

[Assinatura]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

ASS DO PACIENTE E DO COMITÊ DE ÉTICA

[Assinatura: João Heroldano Gomes]

RESOLUÇÃO

ATO DECLARATÓRIO

20 JUN 2018





UNIDADE DE SAÚDE

PROSTADO MUNICIPAL
PREFEITURA DE AQUIDAUANA
SECRETARIA DA SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS
HOSPITAL MUNICIPAL DE AQUIDAUANA
Qualidade de atendimento ao paciente, segurança e
CNPJ: 06.940.110/0001-01

03.03.18

Meubha
22 Bagueira

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

Nome: **Kamellano Gomes**

Data: **04/04/11** Hora: **06:00**

Endereço: **Estudante**

Cidade: **João Pessoa - Paraíba**

CPF: **038.003.034.4096**

PAZ E COR

ANAMNESE: **EXAME FÍSICO: NORMAL**

Pte de entrada com queixas

de dor no abdômen inferior em

região do cateterismo com leve

náusea.

EXAMES REALIZADOS/MANUVIDE TIPOS

RESUL TADOS

EXAMES - MEDICAMENTOS E OUTROS RESULTADOS

CARACTER DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

ASS DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CAMPO

Dra. Wellane P. Rodrigues

MEDICA
CRM: 10.905

x **Reginaela Gernada Silva**

ASS DO CHIEFE DE UNIDADE - CAMPO

20 JUN 2018





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lendo o corpo

Atendi KMO

HERMANO 60 anos

que se apresenta

com muito mal

de 10/1/13 para

feio de muito

para no topo

3 de eq.



feito a 11-04-13

o 10-13

EMT

Uso de eq.

11-04-13

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

20 JUN. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29051

Pronutuario: 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 - 59748-000 - 2500106
Endereço: JOSE FERREIRA MORENO N.
Bairro: JOSE BENONE
Naturalidade: AGUA BRANCA - PB
Fone: (83)99814-1215

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: *Handerson Roberto de Figueiredo*

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

João de Deus

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

20 JUN. 2018

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

FEBRILIDADE em TORÇÃO 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

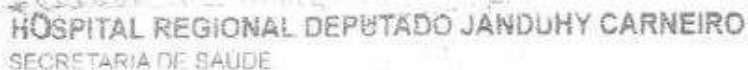
Médico/CRM


Dr. Leonardo Menteiro
CRM: 108109

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

DAGUA NEDEIROS



20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE Raio Herculano Gomes				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO
QT.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	
		305	CE	
CIRURGIÃO		REGISTRO		
Dr. Manoel Sena		1087109		
ANESTESIA		ANESTESISTA		
Sedação e local		Dr. Marcondes		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIN
Lidiane		06.03.18	17:00	17:50

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/sor 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-Ponrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espadrado
	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		Agulha 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	Cefalotina 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
	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
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocare 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 CARNEIRO		Nº prontuário
Data da Cirurgia	06/02/18	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. R. M. L. L.	1º Auxiliar	Dr. P. M. L.
Anestesista	Dr. R. M. L.	Tipo de Anestesia	Sedação + O2
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Cirurgia	Ressecção de Intestino Delgado		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista	F. M. C. + f. M. C.		
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) Abordagem por via abdominal
2) Ressecção de Intestino Delgado
3) F. M. C. + f. M. C.
4) Anestesia





Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO

Apud KATO HERMILANO 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) levando a FEMUR
muito profundo que atingiu TÊN-
DES LATERAIS, T.R.S. P.E.C. Foi
11 DEZ. 2018 cirurgado e posteriormente
foi; tratada fisioterapia.
Ficou sequelas: defect pl de embra-
lor; 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 do lombo e diminuição
da massa muscular (atrofia); Avel 10%.

Claudicação grande quando se não consegue
caminhar com algumas crianças.

CR: T43.2

04-12-18

Suelio Guy W. Araújo
CRM 1325 - CBO 223146
Ortopedia / Traumatologia

11 DEZ. 2018





GOVERNAMENTO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: 06 03 15
Paciente: KAU HENDIANO GEMER
Data de nascimento: 04/04/11
Sexo: M
01 História

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE
Kau Hendiano Gemes
04/04/11 06

Atendimento realizado por

R. José Ferreira Monino
Água Branca PB 848003403074696

ANAMNESE (30/06/2018) (SUS/ANAM)

Paciente com dor no abdômen por mais
de 10 dias, associada a náuseas e vômitos.
Início de sintomas em 2018.

CAUSAS DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

Doença do trato digestivo.

MEDICAMENTO EXAME/EXAME

0303030012

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

EXAME DE FEZES PARA ANÁLISE DE COLORETO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TÍTULOS)

AGS DO PACIENTE (ACOMANHAMENTO)

Dr. Kau Hendiano Gemes

RESOLUTOS

ATO DECLARATÓRIO

20 JUN 2018





UNIDADE DE ATENDIMENTO

PREFEITURA DE AGUA BRANCA
SECRETARIA DA SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
Qualidade de atendimento em saúde pública
CNPJ: 06.940.100/0001-91

03.03.18
Munha
22 Bague

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

Nome: **Kamellano Gomes**

Data de nascimento: **04/04/11**

Sexo: **masculino**

Profissão: **Estudante**

Endereço: **Av. Boa Vista, 100 - PB - CEP: 03034-006**

RAÇA/COR

☒ Branco

ANAMNESE: DOENÇA E SÍMPTOMAS

Paciente em tratamento com quimioterapia para câncer de próstata. Apresenta sintomas de fadiga, náusea e vômito.

EXAMES REALIZADOS/MANIFESTAÇÃO DE TIPO

RESULTADOS

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS

CARACTER DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

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

Dra. Wellane P. Rodrigues
MÉDICA
CRM: 10.905

Ass. do Paciente / Acompanhante: **Regina Silva**

ASS. DO CHEFE DE UNIDADE / CARGO

20 JUN 2018





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lendo o corpo

Atendi KMO

HERMANO 60 anos

que se apresenta

com muito mal

de 10/1/13 para

feio de novo

para no topo

3 de eq.



feito a 11-04-13

o 10-13

EMT

Uso de eq.

11-04-13

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

20 JUN. 2018



GOV-PA
SIST. DAT. BOMBA e Caudalim

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JACUHY CARNEIRO
PATOS - PARAIBA



ATENDIMENTO COM ACOULHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Hora	Idade	Gênero*	Nome/Moite Social																																																																																
06/03	14:18	60 anos	HC	Mário Humberto Gomes																																																																																
Origem*	HOSP - INFOMED																																																																																			
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas:	Insuficiência cardíaca congestiva.																																																																																			
Motivo do atendimento:	DCA no PE																																																																																			
Cidade:	Rio de Janeiro																																																																																			
Transporte:	Carro da família																																																																																			
Uso de Medicação?	Sim () S																																																																																			
<table border="1"> <tr> <th>Temp:</th> <th>TC</th> <th>Puls</th> <th>tipm</th> <th>freq</th> <th>tipm</th> <th>SpO₂</th> <th>% PA</th> <th>mmHg</th> <th>mg/DL</th> </tr> <tr> <td>Dor:</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sem dor</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Dor leve</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Dor moderada</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Dor severa</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Dor muito severa</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Dor insuportável</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </table>					Temp:	TC	Puls	tipm	freq	tipm	SpO ₂	% PA	mmHg	mg/DL	Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Dor leve	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Dor moderada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Dor severa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Dor muito severa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Dor insuportável	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Temp:	TC	Puls	tipm	freq	tipm	SpO ₂	% PA	mmHg	mg/DL																																																																											
Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Dor leve	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Dor moderada	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Dor severa	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Dor muito severa	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Dor insuportável	0	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																											
Classificação de Risco: () Vermelho (X) Verde () Amarelo () Azul																																																																																				
Especialidade Médica: Urologia																																																																																				

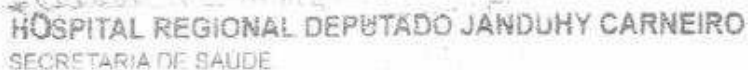
Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (pcte consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 (X) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora


* Condição sobre o dia imediato

ENFERMEIRO/CARIMBO

20 JUN. 2018



20 JUN. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE Raio Herculano Gomes				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDURY CARNEIRO
QT.	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	
		305	CE	
CIRURGIÃO		REGISTRO		
Dr. Manoel Sampaio		1087109		
ANESTESIA		ANESTESISTA		
Sedação e local		Dr. Marcondes		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIN
Lidiane		06.03.18	17:00	17:50

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/sor 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 Ponrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espadrado
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Gidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha 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	Cefalotina 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
	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
	Agulha 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





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	RATTO CRUZES		Nº prontuário
Data da Cirurgia	06/02/18	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. R. L. L.	1º Auxiliar	Dr. P. M.
Anestesista	Dr. R. M.	Tipo de Anestesia	General (E)
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Cirurgia	Ressecção de Intestino Delgado		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista	F. M. C. + f. M. C.		
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) Abordagem por via abdominal
2) Ressecção de Intestino Delgado
3) F. M. C. + f. M. C.
4) Anestesia



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

PROVA EM PLASTIFILM
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
RUBENIA MARIA FERREIRA

PERMISSÃO
ACC CAT HAB.
AB

Nº REGISTRO
06474470219

VALIDADE
08/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
01/10/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
VANESSA SAMARA LEANDRO

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO
05/10/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
52601443138
PE076274922

DETRAN-PE-PERNAMBUCO

20 JUN. 2018



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

NOME
JAMES HERCULANO GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3182103 SSP PB

CPF
002.738.394-40

DATA NASCIMENTO
06/10/1995

PLAÇÃO
JOSE HERCULANO
SOUZINHO
MARIA LEUDA GOMES
HERCULANO

PERMISSÃO
NOC CAT A/B
5.9

REGISTRO
04443336800

VALIDADE
08/07/2018

VALIDAÇÃO
29/08/2008

Observações
sem observações

LOCAL
APOGADOS DA ENGENHEIRA - PB

DATA EMISSÃO
09/07/2013

ASSINATURA DA COMISSÃO
47497881889
78054266979

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

**VALIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
757633719

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
757633719

20 JUN. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

NOME MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES

AFOGADOS DA INGAZEIRA - 0

CPF / CNPJ 101.681.644-85 PLACA KG29213

PLACA ANT. / UP ***** / 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. / OIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAXA / RVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

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

SEGURO PAGO SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DE PORTO OBRIGATORIO

PARA TRANSFERENCIA

AFOGADOS DA INGAZEIRA DATA 12/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAD - 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 CDD. RENAVAM 195019148 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA ALINE DOS SANTOS FERNANDES

AFOGADOS DA INGAZEIRA - 0

CPF / CNPJ 101.681.644-85 PLACA KG29213

PLACA ANT. / UP ***** / 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. / OIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

FAXA / RVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

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

SEGURO PAGO SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DE PORTO OBRIGATORIO

PARA TRANSFERENCIA

AFOGADOS DA INGAZEIRA DATA 12/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.899/0001-04

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



20 JUN. 2018



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JAKES HERCULANO GOMES

inscrito no CPF/MF sob o nº 062.738.394-40 e RG 3382303, SSP/ PA, residente e domiciliado junto a Rua Rose Ferreira MORENO, SN, bairro Rose 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 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.

Patos - PB
18/ Junho de 2018

MARÇAL
LEITE

JAKES HERCULANO GOMES
OUTORGANTE

MARÇAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
RUA JOSÉ VIAL, 16 - CENTRO - ÁGUA BRANCA - PERNAMBUCO - CEP: 56100-000 - FONE: (81) 3311-8800 - E-mail: servico@marcalleite.com.br
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JAKES HERCULANO GOMES
Em test. da verdade. Água Branca-PB 16/06/2018 10:21:33
Jean Pereira Leite - Substituto
[2018-000795]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: A6Y13291-01UM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
MARÇAL LEITE
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Jean 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PB

Processo: 08000015020208150941

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KAIO HERCULANO GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AGUA BRANCA, 19 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

