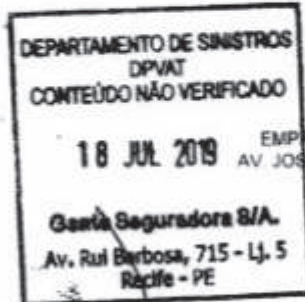


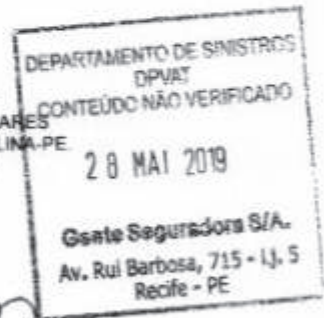
Lo DPVAT



HUNAS
CESER

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANOBA, S/N. CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO



NOME:

Reginaldo Francisco de
44 anos, sofria acidente
motociclístico no dia de
08/05/2015 apresentando
fraturas de L1 vértebras
baixa que o limita
em suas atividades

DATA: _/_/_

profissionais juramentados
com sigla A para
atigis e tratamento de
mobilidade de membros



Recife, 19/05/19





hospitais
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



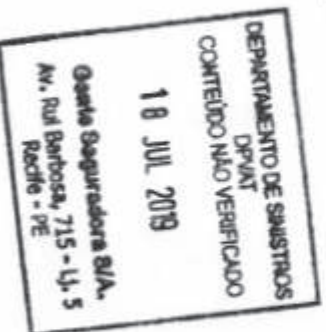
RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: MAST

NOME: Rafaelle Francisco Batista REGISTO Nº _____

• Retorno para o paciente no dia 20.11.18, às 13:30, no CEAME, com Atending Jeneval.

- 50 prescricoes



Dra. Flávia Amaral

Assinatura e Carimbo
CREFITEC: 256626 - F

DATA: 18/11/18

ASSINATURA E CARIMBO



CLÍNICAL
CENTER

Saúde ao alcance de todos.

RECEITUÁRIO

P/ Refinaldo Pires Dauf,

Solucis

- Fisioterapia P/ dor
e reforço muscular
- lombas, - cintura.

Tratando

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Gedre - PE

Dr. Antônio Patrício
Neurologia / Neurologia
Clínica da Coluna
Clínica da Mão

057211-8
Consultas e Exames / Médicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

RECEITUÁRIO

P/ Refineldo F. Jones
Onde Médico

Atesto que este paciente
é portador de dor crônica
artrose, lombos e fratura
achatamento de L1 no
CT lombar, está incapac-
itado para o trabalho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Oeste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 13.5
Recife - PE

532-0.

05-12-15
Consultas e Exames / Médicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

LAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA



Registro Nº

Data:

Hora

38649

08.05.15

80.24

Nome: Reginaldo Francisco Santos
 Pai: Zacarias Francisco Santos
 Mãe: Albertina de Espírito Santos
 Sexo: M Data de Nascimento: 04.05.1975 Estado Civil: Casado Profissão: Gari
 Endereço: R = C nº 100 maracá nova
 Fone: 9649-2862 Cidade: Lagoa Grande Estado: S Procedência: S
 RG: 5220338 SSP PE Cartão de Nascimento:
 Informante: Lucineir Parentesco: Mãe

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Queixas do Paciente: Queda de moto

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora: _____

Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Rolo X ☐ Enfermagem

Histórico da Doença Atual:

Pc. com Escorção após queda
de moto com fratura no
Pé D. após, Rx realizada no Hospital
com perfuração ligamento no cano
do pé. S/A. Após: S/A

Exame Físico: PA: 110x70 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Q. Pichocosses de 2m fitas 2/3

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Exame Solicitado / Realizado:

Diagnóstico Provisório:

Identificação do Médico:

Médico - CREMEPE



Nome: Reginaldo Francisco Dantas	
Pai: Zacarias Francisco Dantas	CNS: 309703010913690
Mãe: Albertina do Espírito Santo	Naturalidade: Itapicuru - BA
Sexo: M D.N.: 04.05.75 Idade: 43a Estado Civil: Casado	Profissão:
Endereço: Rua Ribier, 560 Morada NOVA	
Fone:	Cid. de: Lagoa Grande PE Estado: Procedência:
RG: 5220338	Certidão de Nascimento:
Informante: O mesmo	Parentesco:

Queixas do Paciente: Dor lombar	
Atendimento:	☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:
Situação de Destino:	☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:
Paciente masculino com queixas de dor lombar intensa, relato de trauma recente.

Exame Físico: PA:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

Exames Solicitados/ Realizados:
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUL 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 MAI 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

Diagnóstico Provisório: lombalgia

Identificação do Médico: Bruno Martins Médico CRM-CE: 18361 CRM-PE: 25679	Médico - CREMEPE
--	------------------



Nome: REGINALDO FRANCISCO DANTAS				CNS: 709703010913690
Pai: ZACARIAS FRANCISCO DANTAS				Naturalidade: JUAZEIRO - BA
Mãe: ALBERTINA DO ESPIRITO SANTO				Profissão: VIGIA
Sexo: M	D.N.: 04-05-1975	Idade: 43 ANOS	Estado Civil: SOLTEIRO	
Endereço: RUA - RIBIER N: 162 MORADA NOVA				
Fone:	Cidade: L. GRANDE	Estado: PE	Procedência:	
RG: 52203138-SSP-PE		Certidão de Nascimento:		
Informante: UNMESMO			Parentesco:	

Queixas do Paciente:

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:

Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Ralo X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Cor na pele...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Exame Físico: PA: Pulso: Temperatura: Peso:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório:

MUNDOIA

Identificação do Médico:

MEDICO - CREMEPE



PARTICULAR
Lagoa Grande
Desenvolvimento e Oportunidade



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: Dr. João Medeiros REGISTO Nº _____

Registado Francisco de Paula,
44 anos, apresenta quadro
de síndrome de fadiga crônica
que o incapacita de exercer
atividades de natureza física
ocasionando a paralização
do trabalho em caráter
de fimto.
CID: S32

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 15/5/19

Dr. Mauricio R. Santos
Otorrinolaringologista
CRM: 24506
ASSINATURA E CARIMBO



Prefeitura
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Reginaldo Francisco dos
Santos representante de
atividades laborais com
lesões no aparelho
peitoral tais como
dor de magalhães.

DATA: _____

11/3/19

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RECEITUÁRIO

PI Reginaldo Francisco Dantas

Atento que este paciente
tem lombalgia crônica, ortno-
se e fratura de L1 no 9º
lombos, deverá evitar tra-
balho braçal sob pena de
pioira clínica, podendo
exercer outras funções.

S320.

M541.

040715

Consultas e Exames / Médicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Av. São Francisco, nº 221 - Areia Branca - CEP: 56330-095 Fone: (07) 3903-2124 / 3364-2995 / 6614-1201
Rua Rio Beberibe, nº 17 B - José e Maria - CEP: 56320-370 - Fone: (07) 3864-3310 / 6614-1245
Rua José Clemente Amaral, nº 27 Cohab Quatro - CEP: 56.310-180 - Petrolina-PE / Tel: 3663-4581 / 3831-8799 / 8855-9333

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ: 23.466.718/0001-73
CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente:

Alcides

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

*Alcides para as seguintes fraturas
fratura do fêmur direito
fratura do fêmur esquerdo
fratura da bacia, fratura
da bacia, fratura do quadril
de la na TC bacia. Deverá
permanecer em repouso
30 (Trinta) dias de repouso.
e ponto de repouso.
132-0*

Alcides Muniz
CPF: 05.010.853-49
Cirurgia Geral - Obstetrícia
CRM: 3466
Assinatura e Carimbo

10.12.15

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56.395-000
87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3010
clinicadralcidesmuniz@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ: 23.466.718/0001-73

CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente:

Alfalfa

Alejo para el en-er l-
fue o h: pefinaldo p- s-ky
o putador de fufura de h,
o f-ty enes p- bary, o
fue v-f-a-t-l-o a f-e
de pari.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
NOIAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Assinatura S. Carimbo

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56.395-000

87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3010
clinicadralcidesmuniz@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Garça Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



LAGOA GRANDE
Superintendência de Saúde

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



SUS
Sistema Único de Saúde

PACIENTE: Refúgio F. S. A. M ☐ F ☐

MÃE: _____

CARTÃO SUS: _____

RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ FONE: _____

MUNICÍPIO: _____ OCUPAÇÃO: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

suas (mãe) - profusa - L1

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

Albino Kunolet

CÓDIGO _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA 10/06/15 UNIDADE PRESTADORA _____

UNIDADE SOLICITANTE _____ AUTORIZAÇÃO: DATA _____

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S) _____

DATA _____ HORÁRIO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR _____ ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL _____

CASO NÃO ASSINE, APLICAR O PLEGAR DIREITO AO LADO >

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CPP - 38644934

clinical center = 39832426

38642305

DR. Vinicio
SAGS - 09:00

120,00

Adalberto

AV. SÃO FRANCISCO
ARTE BRANCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: _____

Nome: Reginaldo Francisco Nunes

Registro Nº _____

V/O ORN

① Naproxeno 550mg _____ 10 ch.
Domen 14h de 12/12h por 05 chs.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 25/09/18

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Pinheiro Dantas

Endereço: _____

Prescrição: Coquel 100mg

01 coquel - 100mg

13/3/19

Geste Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

28 MA 2019

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Pinheiro Dantas

Endereço: _____

Prescrição: 11 Coques 200mg

Reman 01 comp. 10, 1x ao dia

Dra. Admilsa Dias
Médica
CRM-PE 24.909
-R.M. 819 83/757

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Francisco D.

Endereço: _____

Prescrição: uso oral

Clonazepam sag

Tomar 1cp vo 3x/dia por 7 dias

Dr. Thiago de Amorim Rego

Medico

CRMPE 22380

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Org. Emissor:	Nome:	DATA:
Endereço:	UF:	Ass. DO FARMACÊUTICO	
Cidade:			
Telefone:			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Francisco D.

Endereço: _____

Prescrição: uso oral

Clonazepam sag

Tomar 1cp vo 3x/dia por 7 dias

Dr. Thiago de Amorim Rego

Medico

CRMPE 22380

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Org. Emissor:	Nome:	DATA:
Endereço:	UF:	Ass. DO FARMACÊUTICO	
Cidade:			
Telefone:			

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº _____

SOLICITO

100% Medicação Total
(Quanto indispensável)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº _____

VIO ORAL

100% Centum
Tomar 10 1x 100ml.

DATA: 23/02/18

Assinatura e Carimbo



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



Lagoa
Grande

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. PROFISSIONAL EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Av. Rui Barbosa, 715 - 1º

Re

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

PACIENTE: Roginaldo Francisco M ☒ F ☐
MÃE: _____

CARTÃO SUS: _____
RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ OCUPAÇÃO: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 2 aulas de dança
Barbear

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____ CÓDIGO: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. R. R. DATA: 20/02/19 AUTORIZAÇÃO: DATA: ____/____/____
UNIDADE SOLICITANTE: _____ UNIDADE PRESTADORA: _____

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S)
DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

UNIDADE DE SAÚDE: _____
NOME: Roginaldo F. Barbosa
Gente Seguradora S/A
Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RECEITUÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REGISTO Nº _____

uso social
1 mes encare
jornal 1 comp. 12/12 horas
de dia.

DATA: 25/02/19

ASSINATURA E CARIMBO

[Assinatura]
Diretor Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE
02/03/2019

REFEITURA MUNICIPAL DE RECEIÚARIO CONTROLE ESPECIAL
LAGOA GRANDE - PE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

CRM

UF

Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade:

UF:

DEPARTAMENTO DE SAUDES
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Paciente:

Argemir F. Nolas

Endereço:

Vila Oper

Frescificação:

Trinidade 509
Frescificação 444, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 212



DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas Registro Nº

V/O OPAZ

① Centum

304.

Toman 14x 10 Lx 10 dr.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 23/02/18

Assinatura e Carimbo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas Registro Nº

V/O OPAZ

104.

① Naproxeno 550g
Toman 14x 10 Lx 10 dr.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 25/09/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Thiago da Silva
18/09/2018

REFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF Nº
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1º VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Reginaldo Francisco Fentes

Paciente:

Endereço: 3 Una Brnd:

Prescrição: 1. Coque 200mg Ox

Os comp. ao dia

23/04/13

Adriana Martins Rocha
Médica

CRM-PE 24153
b7W33A-50724

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUL 2019 Gente Seguradora S/A. Ass. DO FARMACIA Recife - PE
Ident.: Org. Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	
UF:	
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: _____

Nome: Reginaldo Francisco Dantas

Registro Nº: _____

Polígrafo
Uso Alérgico Total
(Exames Antiparásitos)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Osato Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Osato Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

Paciente: Reginaldo Francisco D.

Endereço: _____

Prescrição: _____

UIN 0127

OLX

Exame de urina
Teste de urina e urina e urina
Exame de urina

Exame de urina

09/11/18

Porta de urina e urina

Dr. Thiago de Jesus Reis
Medico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Reginaldo D.

Ident: 5220338 Org. Emissor: _____

Endereço: Rua da Moura

Cidade: 121 UF: _____

Telefone: 88013251

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: 11/10/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE RECEITÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM

UF

Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade:

UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

DEPARTAMENTO DE SANIDADE
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Genite Seguradoras S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

O Stecchini RJ

304

Tram. Lp no 1x licit.

10/05/2019
Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Endereço:

Org. Emissor:

Cidade:

Telefone:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR

DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

ASS. DO FARMACIA
Genite Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: / /



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal Eletrônica de Serviço

Município: Juazeiro Código: 2918407 UF: BA Código: 29

Nº da Nota: 19416

Data/Hora: 08/06/2015 15:25:17 6/2015

Ass. Digital: 17367697714022015.06.08

PRESTADOR DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA

Endereço: AV PAULO AFONSO, 1 -

CEP: 48904-500

Bairro: ALTO DA MIRAVILHA

Cidade: JUAZEIRO

UF: BA

Fone: 74 36134878

Email: -

ISENTO / IMUNE: NÃO

CNPJ/CPF: 18.776.898/0001-86 Inscrição Municipal CCM: 15932891 ISS: EXIGÍVEL (VARIÁVEL) LE / RG: 00.898.898-8

TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Endereço: RUARAUDA

CEP: 00000-000

Bairro: JERCINO COELHO

Cidade: PETROLINA

UF: PE

Fone: 0

Email: SEM

CNPJ/CPF: 62516626401

Insc. Estadual/RG: 522938

CO-SIGNATÁRIO DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Email:

Inscrição Municipal:

CNPJ/CPF:

Insc. Estadual/RG:

Inscrição Municipal: 8
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019 UF:
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Local da Prestação do(s) Serviço(s): No município sem retenção

DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

Item	Aliq.	Qtd	Detalhamento	Valor Unit.	Dedução	Valor Total
04.02	4	1,00	REFERENTE A 7ª COLUNA LOMBAR	350,00	0,00	350,00

OBS: VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (LEI 12.741/2012): R\$

Retenções a serem efetuadas pelo tomador (R\$):

Forma de Pagamento: A vista

ISS: 0,00

IRRF: 0,00

PIS: 0,00

COFINS: 0,00

CSLL: 0,00

INSS: 0,00

Tot. dos Serviços(R\$):

Tot. das Retenções(R\$):

Valor Líquido(R\$):

350,00

0,00

350,00

Valor Total da Nota(R\$):

Valor das Deduções(R\$):

Base de Cálculo(R\$):

Valor ISS Município(R\$):

350,00

0,00

350,00

14,00

Assinatura Digital:

Nota Fiscal Eletrônica de Serviço Nº 19416

17367697714022015.06.08

Data/Hora: 08/06/2015 15:25:17

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

Recebi da empresa: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA os Serviços constantes desta Nota Fiscal

de Serviço Eletrônica e Fatura.

ATENÇÃO: CONSULTE A AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DESTA NF-E NO SITE DA PREFEITURA OU POR MEIO DE APARELHO COM APLICATIVO PARA CÓDIGO QR.



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

DEPARTAMENTO DE SAÍDAS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Paciente:

Reginaldo Francisco Dantas

Endereço:

rua geral

Prescrição:

② Simodal 50mg

formar 1 comp. 61ch a da

25.02.19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Endereço:

Org. Emissor:

Cidade:

Telefone:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO

DEPARTAMENTO DE SAÍDAS
DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

ASS. DO FARMACÉUTICO
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: / /



ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL PETROLINA
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL

Nota Nº
0000000156
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	05/08/2015	Competência	AGO/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº da RPS	0	Local da Prestação	PETROLINA-PE	Optante do Simples	SIM

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social: CENTER PREV CLINICA MEDICA LTDA ME
Nome Fantasia: CENTER PREV MEDICINA DO TRABALHO
Endereço: RUA TOMAZ MAIA, 144 - AREIA BRANCA 55330-065 Cidade: PETROLINA
CPF/CNPJ: 21.765.381/0001-70 Insc. Municipal: 9627310 Insc. Estadual: 0

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social: REGINALDO FRANCISCO DANTAS E-mail:
Endereço: RUA RAJADA, 121 GERCINO COELHO 55306335 PETROLINA-PE
CPF/CNPJ: 025.166.254-01 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS.

DEPARTAMENTO DE SINI-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 713 - 4º, 5º
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINI-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 713 -
Recife - PE

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 863050100 - Hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios, manicípios, casas de saúde, pronto-socorro

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA

ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS 0,00 COFINS 0,00 INSS 0,00 CSLL 0,00 IRPF 0,00

VALORES DO PRESTADOR

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	200,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	200,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributada no Município	(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto condicional	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhuma	Base de Cálculo	200,00
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link	(X) Alíquota do ISS	2,0000 %
(-) ISS Retido	0,00	0011991401	ISS a Retir	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	200,00	www.petrolina.pe.gov.br	(-) Valor do ISS	4,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES



ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL PETROLINA
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL

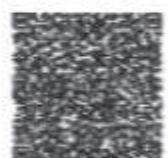
Nota Nº
0000000114
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	27/07/2015	Competência	JUL/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	PETROLINA-PE	Optante do Simples	SIM

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social	CENTER PREV CLINICA MEDICA LTDA ME				
Nome Fantasia	CENTER PREV MEDICINA DO TRABALHO				
Endereço	RUA TOMAZ MAIA, 144 - AREIA BRANCA 56330-065		Cidade	PETROLINA	
CPF/CNPJ	21.765.381/0001-70	Insc. Municipal	9627310	Insc. Estadual	0



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social	REGINALDO FRANCISCO DANTAS	E-mail			
Endereço	RUA RAVA, 121 563000 PETROLINA-PE				
CPF/CNPJ	025.166.264-01	Insc. Municipal	0	Insc. Estadual	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSULTA NEUROLÓGICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CODIGO DA ATIVIDADE DE SERVIÇO

403 / 853050100 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA	ART DA OBRA
----------------	-------------

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF	0,00
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR

Valor dos Serviços	200,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
(=) Valor Líquido	200,00

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

Natureza da Operação	
Tributada no Município	
Regime Especial de Tributação	0-Nenhum
Código de Validação Link	0002C1123
	www.petrolina.pe.gov.br

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	200,00
(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	200,00
(X) Alíquota do ISS	2,0000%
ISS a Reter	(Sim (X) Não
(=) Valor do ISS	4,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL




REGINALDO FRANCISCO DANTAS.

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5220338 DATA DE EMISSÃO 24.05.1994

NOME REGINALDO FRANCISCO DANTAS.

RESIDÊNCIA Zacarias Francisco Dantas e alber-
tina do Espírito Santo.

DATA DE NASCIMENTO 04.05.1975

DOC. ORDEM 46.477-112.847-11.74

CART. 5223-Pernambuco.

CPF 025166264-01

PL N° 116 DE 29/08/93

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Reginaldo Francisco Dantas.
REGINALDO FRANCISCO DANTAS

S
E
R
V
I
C
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 01/08/95

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Nº de Inscrição 025166264-01 Data do Nascimento 04/05/75



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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

NOME
 MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF
 3907844-089 PE

DATA NASCIMENTO
 09/03/1972

PLACAS
 JONE INAMES DE
 CARVALHO
 DALVA MARIA ALBUQUERQUE
 E DE CARVALHO

PERMISSÃO
 [] [] []

PROFISSÃO
 01697913358

VALIDADE
 05/05/2021

EMISSÃO
 26/09/1991

OBSERVAÇÕES
 sem observações

LOCAL
 CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
 06/05/2014

ASSINATURA DO CONDUTOR
 [Assinatura]

ASSINATURA DO EMITENTE
 [Assinatura]

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1223998555

PROBIBIDO PLASTIFICAR
 1223998555

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL



REGINALDO FRANCISCO DANTAS.
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5220339

DATA DE EXPIRAÇÃO 24.05.1994

REGINALDO FRANCISCO DANTAS.

Endereço: Rua Francisco Dantas e Alameda do Espírito Santo.

DATA DE NASCIMENTO 04.05.1975

CPF 46.477.412-3

Cart. SEDS - Pernambuco

REPUBLICAÇÃO Nº 118 DE 29.08.93

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Reginaldo Francisco Dantas
REGINALDO FRANCISCO DANTAS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 01/08/95

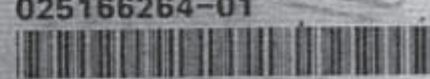
MINISTÉRIO DA FAZENDA -
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Nº de Inscrição
025166264-01

Data do Nascimento
04/05/75



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1223998555

NOME
MARCOS ABREU ALBUQUERQUE DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
3907944 RJ RJ PE

CPF
772.869.354-72

DATA NASCIMENTO
09/02/1972

PLAÇÃO
JOHN IRANES DE
CARVALHO
DALVA MARIA ALBUQUERQUE
X DE CARVALHO

PERMISSÃO
ACD
CAT. 02

P. REGISTRO
01697311338

V. EXPIRAÇÃO
05/05/2021

P. EMISSÃO
26/09/1991

INSCRIÇÃO
sem observações

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
06/05/2016

ASSINATURA DO DETRAN

54393324941
25072598298

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013223116531
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 257101691 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
ERIVALDO CRUZ NUNES

PETROLINA-PE

CPF / CNPJ
027.416.764-61

PLACA
PFD1299

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2JC4110AR719850

ESPÉCIE TIPO
RAB / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125

ANO FAB. / ANO MOD.
2010 / 2010

CAP / POT / cil
39 / 12 / 4

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2017 QUITADO

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
AD. FID. BANCO HONDA SA

PETROLINA

DATA
17/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013223116531 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIVALDO CRUZ NUNES

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

PETROLINA-PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
17/05/17

VIA
1

CPF / CNPJ
027.416.764-61

PLACA
PFD1299

RENAVAM
257101691

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB.
2010

CAT. TRF.
03

Nº CHASSI
9C2JC4110AR719850

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEU BILHETE É DE FORTALEÇA OBRIGATORIA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013223116531
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 257101691 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
ERIVALDO CRUZ NUNES

PETROLINA-92

CPF / CNPJ 027.416.764-61 PLACA PFD1299

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI BC2JC4110AR719850

ESPÉCIE / TIPO BIC / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 39 / 12 CVL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
IPVA 2017 QUITADO 2ª *****
3ª *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

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

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

PETROLINA, 17/05/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE CARROS PESSOAS CIRCULANDO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013223116531 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIVALDO CRUZ NUNES

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

PETROLINA-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/05/17

VIA 1 CPF / CNPJ 027.416.764-61 PLACA PFD1299

RENAVAM 257101691 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CHASSI BC2JC4110AR719850

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO PE SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.600/0001-04

DESEMPENHO E CUMPRIMENTO DO BILHETE DPVAT
SÃO NÃO É DE POSTO COBRADOR.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

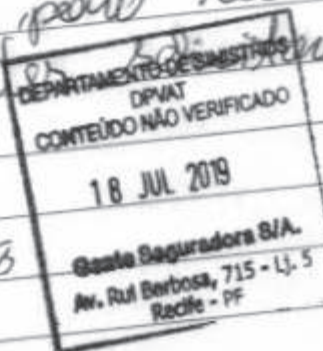
Longas Grandes - PE
10 de Junho de 2019

Eu Reginaldo Francisco Santos, residente na Rua E Nº 560, 1011, Morada Nova - Longas Grandes - PE. Venho através desta informar que na data de hoje tive contato com a Superadora Lides, a qual me fez uma vez, me fez meu processo de INVALIDez PERMANENTE, falando que estava pronto, porém informo que até o ano que estamos (2019) tive um tratamento porém foi enviada laudes médicas e muito nos anos de 2018 e outros outros que ainda está dentro do prazo para receber. Informo também que o laudo encerrando a alta foi desse ano, então não está pronto. Meu direito de receber o seguro DVT. Solicito, em caráter de urgência a liberação do meu valor do DVT a que tenho direito. Fiquei com sequelas permanentes e estou prejudicado.

Numero do Processo: 3190350496

Ass: segue todos documentos para reabertura do processo conforme a dilatação solicitada, com médicos.

Reginaldo Francisco Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434494 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS **Data do acidente:** 08/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA L1 DA COLUNA LOMBAR. PG 1,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. MAURÍCIO R.SANTOS, CRM: 24506, DATA; 19/05/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434494 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS **Data do acidente:** 08/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA L1 DA COLUNA LOMBAR. PG 1,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. MAURÍCIO R.SANTOS, CRM: 24506, DATA; 19/05/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: REGINALDO FRANCISCO DANTAS
RG/CNH/CTPS: 5220338 CPF: 025.166.264-01
End: RUA "E" Nº 560 - MONDA NOVA -
LAGOA GRANDE - PE

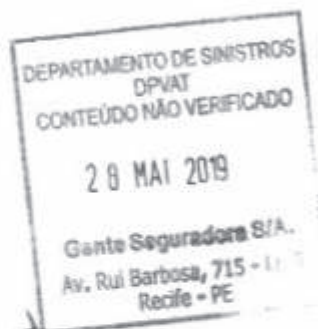
Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907844 - SDS/PE CPF: 222.869.954-72
End: RUA CANAFISTOLA - 226 - ARZIA BRANCA
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima**:
REGINALDO FRANCISCO DANTAS - NATUREZA INVALIDEZ
DATA DO ACIDENTE : 08.05.2015

LAGOA GRANDE - PE, 17 de MAIO de 2019.

RECONHEÇO

Reginaldo Francisco Dantas
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: REGINALDO FRANCISCO DANTAS
RG/CNH/CTPS: 5220338 CPF: 025.166.264-01
End: RUA "E" Nº 560 - MONDA NOVA -
LAGOA GRANDE - PE

Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907844 - SPS/PE CPF: 272.869.954-72
End: RUA CANAFISTOLA - 226 - ANXIA BRANCA
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima:
REGINALDO FRANCISCO DANTAS - NATUREZA INVALIDEZ
DATA DO ACIDENTE: 08.05.2015

LAGOA GRANDE - PE, 17 de MAIO de 2019.



Reginaldo Francisco Dantas
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242998/19

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

CPF: 025.166.264-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/05/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS : 025.166.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 18/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180893/19

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

CPF: 025.166.264-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/05/2015

Titular do CPF: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS : 025.166.264-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 28/05/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190434494

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Data do Acidente: 08/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190434494

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Data do Acidente: 08/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190434494

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Data do Acidente: 08/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000000963-6

Conta: 0000076644-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **025166264-01** Nome completo da vítima: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS** CPF: **025166264-01**
Profissão: **GAU** Endereço: **RUA "E"** Número: **560** Complemento: _____
Bairro: **MONTE NOVA** Cidade: **Lagoa Grande** Estado: **PE** CEP: _____
E-mail: _____ Tel(DDD): **(81) 995024369**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **PARCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0963** **6** CONTA: **76644** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Carimbo da Seguradora Líder
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e data, **Lagoa Grande - PE 12/05/19**
Nome: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
CPF: **025.166.264-01**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Reginaldo Francisco Dantas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190350496 3 - CPF da vítima: 025 166 264-01 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

5 - Nome completo: REGINALDO FRANCISCO DANTAS 6 - CPF: 025 166 264-01
7 - Profissão: GARI 8 - Endereço: RUA "E" 9 - Número: 560 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE NOVA 12 - Cidade: LAGOA GRANDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56395-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0963 6 CONTA: 76644 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa revênia da Seguradora Líder.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Ass. Rui Barbosa, 715 - LI. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váncos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA GRANDE - PE 10 de julho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

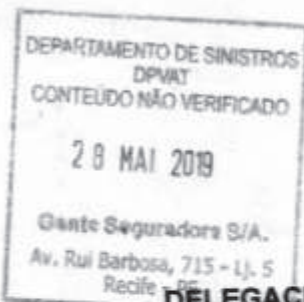
20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0304001204**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2016** às **09:37**

Complementa o BO Número: **16E0304001203**

Complementado pelo BO Número: **19E0304001756**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/5/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1, BR 428, PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE - Bairro: GERCINO COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS Pai: **ZACARIAS FRANCISCO DANTAS** Data de Nascimento: **4/5/1975** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5220338/SDS/PE (RG), 02516626401 (CPF), 01651876622 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **GARI** Telefones Celulares: **- 87988013751**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA, PETROLINA PERNAMBUCO. - CEP: 56300-000 - Bairro: GERCINO COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD1299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **257101691** Chassi: **9C22C4110AR719850**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOL/BNV**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUANDO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO O MESMO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 36849 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE. DIANTE DO EXPOSTO, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O IML PARA SER SUBMETIDA A EXAME TRAUMATOLÓGICO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Reginaldo Francisco Dantas

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO CARLO DE OLIVEIRA** - Matrícula: **296799-5**





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0304001203

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2016** às **09:34**

Complementado pelo BO Número: **16E0304001204**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/5/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1, BR 428, PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE** - Bairro: **GERCINO COELHO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS** Pai: **ZACARIAS FRANCISCO DANTAS** Data de Nascimento: **4/5/1975** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5220338/SDS/PE (RG), 02516626401 (CPF), 01651876622 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **GARI** Telefones Celulares: **- 87988013751**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA, PETROLINA PERNAMBUCO.** - CEP: **56300000** - Bairro: **GERCINO COELHO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD1299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **257101691** Chassi: **9C22C4110AR719850**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

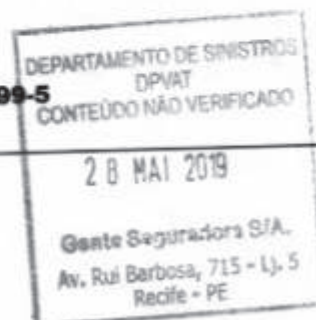
A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUANDO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO O MESMO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 36849 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Reginaldo Francisco Dantas

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO CARLO DE OLIVEIRA** - Matrícula: **296799-5**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -
DP214ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0304001756

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/05/2019 às
09:53

Complementa o BO Número: 16E0304001204

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/5/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLINA, 1, BR 428,
PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA.
PE - Bairro: GERCINO GOELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS Pai: ZACARIAS FRANCISCO DANTAS Data de
Nascimento: 4/8/1978 Naturalidade: PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
0220398/SDS/PE (RG), 02610020401 (CPF), 01051870022 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: GARI Telefones Celulares:
- 87988013781

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA,
PETROLINA PERNAMBUCO. - CEP: 55200-000 - Bairro: GERCINO GOELHO -
PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD1299** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Ransam: **287101691** Chassi: **9C2JC4110AR719259**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA EM NOME DE: ERIVALDO GRUZ NUNES, CPF 927416784-61**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUANDO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO A VÍTIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE, JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 38849 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE. DIANTE DO EXPOSTO, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O IML PARA SER SUBMETIDA A EXAME TRAUMATOLÓGICO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Reginaldo Francisco Dantas

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL DE OLIVEIRA SAMPAIO** - Matrícula: **272868-7**



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **025166264-01** Nome completo da vítima: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS** CPF: **025166264-01**
Profissão: **GAU** Endereço: **RUA "E"** Número: **560** Complemento: _____
Bairro: **MONTE NOVA** Cidade: **Lagoa Grande** Estado: **PE** CEP: _____
E-mail: _____ Tel(DDD): **(81) 995024369**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **PARCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0963** **6** CONTA: **76644** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Carimbo da Seguradora Líder
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Lagoa Grande - PE 12/05/19**
Nome: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
CPF: **025.166.264-01**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Reginaldo Francisco Dantas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190350496 3 - CPF da vítima: 025 166 264-01 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

5 - Nome completo: REGINALDO FRANCISCO DANTAS 6 - CPF: 025 166 264-01
7 - Profissão: GARI 8 - Endereço: RUA "E" 9 - Número: 560 10 - Complemento:
11 - Bairro: MONTE NOVA 12 - Cidade: LAGOA GRANDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56395-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 995024368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0963 6 CONTA: 76644 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa revênia da Seguradora Líder.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Av. Rui Barbosa, 715 - LI. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váncos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA GRANDE - PE 10 de julho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Registro Nº

Data:

Hora:

38649

08.05.15

80.24

Nome: Reginaldo Francisco Santos
Pai: Zacarias Francisco Santos
Mãe: Albortina do Espírito Santo
Sexo: M Data de Nascimento: 04.05.1975 Idade: 40 Estado Civil: Casado Profissão: Garçom

Endereço: R = C nº 100 morada nova

Fone: 9649-2862

Cidade: Lagoa Grande

Estado:

Procedência:

S

RG: 5220338 SSP PE

Certidão de Nascimento:

Informante:

Lucineir

Parentesco:

Mãe

Gente Seguradora S/A.
R. Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Queixas do Paciente:

Quelor de mato

Atendimento:

☐

Clínica

☐

Cirúrgico

☐

Pediatría

☐

Obstétrico Hora:

Situação de Destino:

☐

Sala de Medicação

☐

Sala Vermelha

☐

Sala de Curativo

☐

Rato X

☐

Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Pc com fratura no antebraço
devido a queda no
pé p. após Rx realizada no Hospital
com pontos de sutura no antebraço
Rx: S/A. Ant: S/A

Exame Físico: PA:

110x70

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Diagnóstico: Laceração em antebraço

Assinado: Marcos Gomes de Mota
CPF: 449.853-49
CRM: 4380

Assinatura do Realizador:

Diagnóstico Provisório:

Identificação do Médico:

Médico - CREMEPE

LAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA



Registro Nº

Data:

Hora

38649

08.05.15

80.24

Nome: Reginaldo Francisco Santos
 Pai: Zacarias Francisco Santos
 Mãe: Albertina de Espírito Santos
 Sexo: M Data de Nascimento: 04.05.1975 Estado Civil: Casado Profissão: Gari
 Endereço: R = C nº 100 maracá nova
 Fone: 9649-2862 Cidade: Lagoa Grande Estado: S Procedência: S
 RG: 5220338 SSP PE Cartão de Nascimento:
 Informante: Lucineir Parentesco: Mãe

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Queixas do Paciente: Queda de moto

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora: _____

Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Rolo X ☐ Enfermagem

Histórico da Doença Atual:

Pc. com Escorção após queda
de moto com fratura no
Pé D. após, Rx realizada no Hospital
com perfuração ligamento no cano
do pé. S/A. Após: S/A

Exame Físico: PA: 110x70 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Q. Pichocampos para 2m fita 2/3

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Exame Solicitado / Realizado:

Diagnóstico Provisório:

Identificação do Médico:

Médico - CREMEPE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00963-6

CONTA: 000000076644-5

Nr. da Autenticação 9A93443CC6E3218A

CELPE

NOME DO CLIENTE

URIA FRANCISCA DANTAS DANTAS

UF: 044 957 814-30

ASSINATURA

RESIDENCIAL
ESSENCIAL

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO
02/03/2019	15,00	CONSUMO

Consumo Ativo (VW)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ilum. Pública Municipal

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA E 560

LOTTO MORADA NOVA LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
56390-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7027908904	05/2019
22/05/2019	13/06/2019
56,06	

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
82,00000000	0,78471167	48,86
		0,45
		8,99

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONTUMER DE 15-05-2019 715 - 11-550-06

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR	CONSUMO (VW)
15-05-2019	CAI	211230	211230	15-05-2019	211230	30	1,34500

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR	CONSUMO (VW)
15-05-2019	CAI	211230	211230	15-05-2019	211230	30	1,34500

DATA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	MPR	CONSUMO (VW)
15-05-2019	CAI	211230	211230	15-05-2019	211230	30	1,34500

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 11-550-06
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 11-550-06
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 11-550-06
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.

CURVET 1 - UEP / UU/3-900 - Brasília (DF)

do

mpo

ocurado

Reintegrado ao serviço postal em

Responsável



721319508911304000000304280140818

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11-550-06
Recife - PE

☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do porteiro / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____

Responsável _____

BANCO DO BRASIL

0594

106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
 RUA CANA FISTOLA 226
 AREIA BRANCA
 56330-035 PETROLINA - PE



7213195069113

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Genta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-402
 CNPJ 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0003943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MALFA FRANCISCA DANTAS DANTAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA E 580

CPF: 044.957.814-30

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

LOTTO MORADA NOVA LAGOA GRANDE
 LAGOA GRANDE PE
 56395-000

PERÍODO DE FATORAÇÃO	DATA	VALOR
06/05/2019	15/05/2019	15,05
15/05/2019	20/05/2019	20,18
20/05/2019	27/05/2019	27,07

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
22/05/2019	13/06/2019
7027908904	05/2019
56,06	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	82,0000000	0,79471787	48,85
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,45
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,98

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAI 2019
 Geste Seguradora S/A.

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		DETAHILHAMENTO		VALORES	
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Consumo (kWh)
21570890	CA1	15-04-2019	2.112,00	15-05-2019	2.174,00	31	62,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
MAR 19 82		ICMS			
ABR 19 80		PIS			
MAR 19 70		COPIS			
FEV 19 110					
JAN 19 83					
DEZ 19 80					
NOV 19 88					
OUT 19 80					
SET 19 41					
AGO 19 42					
JUL 19 47					
JUN 19 30					
MAY 19 30					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 18 JUL 2019
 Geste Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Atenção! A CELPE informa que você possui contas em aberto. O valor devido é de R\$ 56,06. O prazo para pagamento é até 13/06/2019. Caso não seja pago, a empresa poderá tomar as medidas cabíveis para o corte de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-000000.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO	
Valor Devido	R\$ 56,06
Valor Pago	R\$ 0,00
Valor em Aberto	R\$ 56,06

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	APROXIMADO	ANUAL	TRIMESTRAL	DIÁRIO
82	0,80	8,00	11,80	28,84
70	0,70	7,00	9,80	12,20
110	1,10	11,00	14,80	35,20

TEMPERATURA	LIMITE DE VARIAÇÃO (°C)
22	23

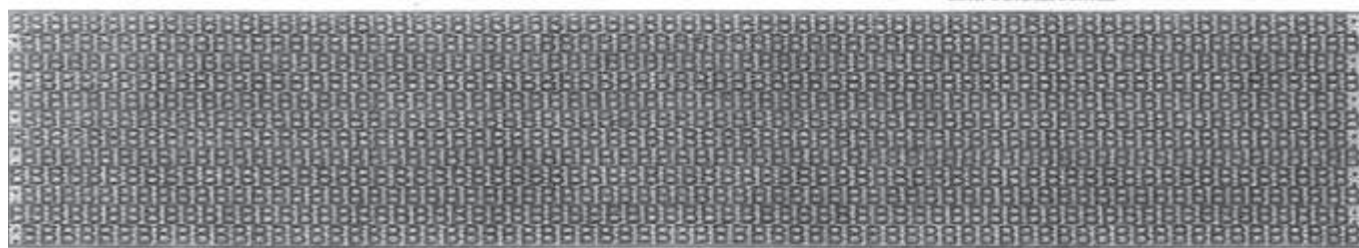
CONTA CONTRATO: 7027908904
 MÊS/ANO: 05/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 22/05/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 56,06
 63810000000-0 56060011007-4 02790890410-1 13938921583-1

☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do porteiro / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____
Responsável _____



0594 106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
RUA CANA FISTOLA 226
AREIA BRANCA
56330-035 PETROLINA - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

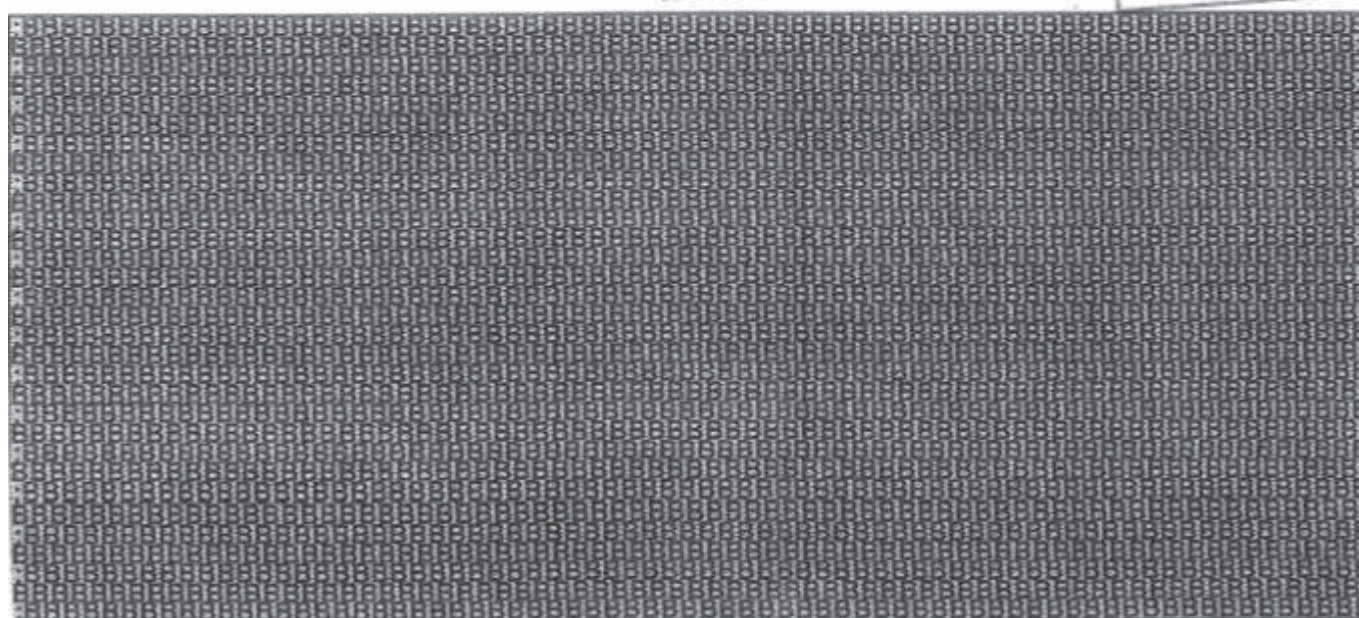
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 RESSEGURADO. 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 MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772 869 954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

REGINALDO FRANCISCO DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 166 264 / 01

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 166 264 / 01 conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12:

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

☒ Recuso informar

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
e apresento os documentos comprobatórios:
28 MAI 2019

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 CANA FISTOLA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARTEIA BRANCA</u>	Cidade: <u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	Tel (DDD): <u>(91) 99502 4368</u>	

Local e Data: Lagoa Grande, 17 de Maio de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772 869 954, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

REGINALDO FRANCISCO DANTAS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 166 264, 01

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 166 264, 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ Recuso informar

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
e apresento os documentos comprobatórios:
28 MAI 2019

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 CANAFISTOLA</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ANTIA BRANCA</u>	Cidade: <u>PERNOLIMA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 99502 4368</u>

Local e Data: Lagoa Grande, 17 de Maio de 2019

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

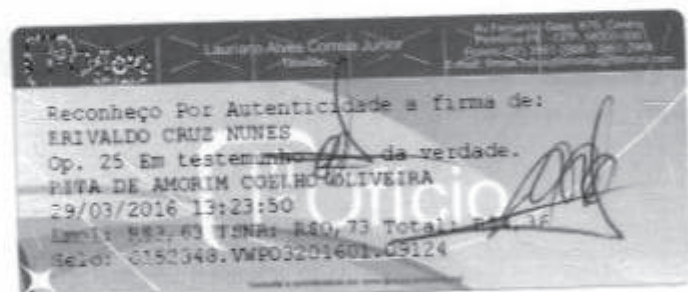
Eu, Erivaldo Cruz Nunes,
RG nº 084375590-3, data de expedição 16/10/17,
Órgão SSP/BA, portador do CPF nº 027.416.764-61, com
domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA RAFAEL - GERCIANO COELHO, nº 131,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Reginaldo Francisco Santos cujo o condutor era
Reginaldo Francisco Santos.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: PFD 1299
Chassi: 9C23C4110AR719850
Data do Acidente: 08.05.15
Local e Data: Boqueirão Grande - PE, 14 de Março de 2016.



Erivaldo Cruz Nunes
Assinatura do Declarante

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



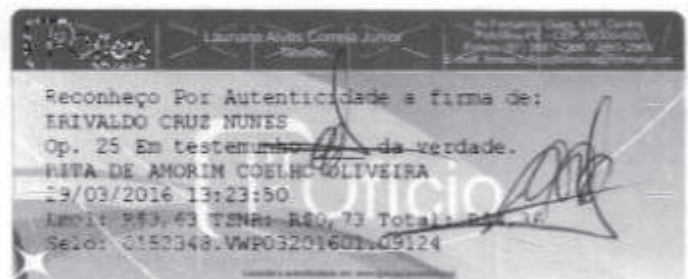
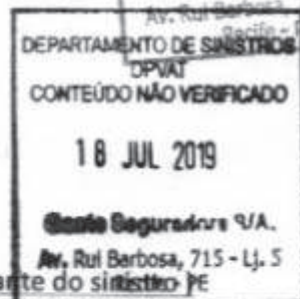
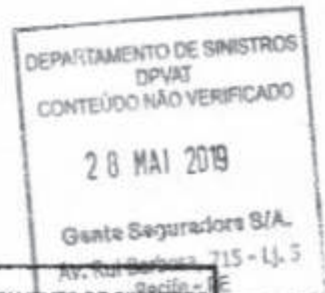
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Erivaldo Cruz Nunes,
RG nº 084375590-3, data de expedição 16/10/17,
Órgão SSP/BA, portador do CPF nº 027.416.964-61, com
domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de
PE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA RAFAEL - GERCINO COELHO, nº 131,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Reginaldo Francisco Dantas cujo o condutor era
Reginaldo Francisco Dantas.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS
Ano: 2010
Placa: PFD 1299
Chassi: 9C23C4110AR719850
Data do Acidente: 08.05.15
Local e Data: Itapecuru Grande - PE, 14 de Março de 2016.

Erivaldo Cruz Nunes
Assinatura do Declarante

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



LAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima
FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Registro Nº

Data:

Hora:

38649

08.05.15

80.24

Nome: Reginaldo Francisco Santos
Pai: Zacarias Francisco Santos
Mãe: Albertina do Espírito Santo
Sexo: M Data de Nascimento: 04.05.1975 Idade: 40 Estado Civil: Casado Profissão: Garçom

Endereço: R = C nº 100 Moura Nova

Fone: 9649-2862

Cidade: Lagoa Grande

Estado:

Procedência:

S

RG: 5220338 SSP PE

Certidão de Nascimento:

Informante:

Lucineir

Parentesco:

Mãe

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
R. Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Queixas do Paciente:

Quelor de mato

Atendimento:

☐

Clínica

☐

Cirúrgico

☐

Pediatría

☐

Obstétrico Hora:

Situação de Destino:

☐

Sala de Medicação

☐

Sala Vermelha

☐

Sala de Curativo

☐

Rato X

☐

Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Pc. com fratura no antebraço
devido a queda no
pé p. após Rx realizada no Hospital
com pontos de sutura no antebraço
Rx. S/A. Ant. S/A

Exame Físico: PA:

110x70

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Diagnóstico: Laceração em antebraço

Assinado: Marcos Gomes de Mota
CPF: 449.853-49
Cirurgião Geral - Otorrinolaringologista
CRM: 4380

Assinado: _____

Diagnóstico Provisório:

Identificação do Médico:

Médico - CREMEPE



Nome: Reginaldo Francisco Dantas
Pai: Zacarias Francisco Dantas CNS: 709703010913690
Mãe: Albertina do Espírito Santo Naturalidade: Ilheus - BA
Sexo: M D.N.: 04.05.75 Idade: 43a Estado Civil: Casado Profissão: _____
Endereço: Rua Ribier, 560, Morada Nova
Fone: _____ Cid. de: Lagoa Grande - PE Estado: _____ Procedência: _____
RG: 5220338 Certidão de Nascimento: _____
Informante: O mesmo Parentesco: _____
Queixas do Paciente: Dor lombar
Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora: _____
Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria
Histórico da Doença Atual: Paciente homem, 43 anos, com queixas de
dor lombar intensa, relacionada ao
exercício físico.
Exame Físico: PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____
Exames Solicitados/ Realizados: _____
Diagnóstico Provisório: lombalgia
Bruno Martins
Médico
CRM-CE: 18361
CRM-PE: 25679
Identificação do Médico: Bruno Martins Médico - CREMEPE



Nome: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Pai: ZACARIAS FRANCISCO DANTAS

Mãe: ALBERTINA DO ESPIRITO SANTO

Sexo: M D.N.: 04.05.1975 Idade: 43 ANOS Estado Civil: SOLTEIRO

CNS: 709 7030 1091 3690

Naturalidade: JUAZEIRO - BA

Profissão: VIGIA

Endereço: RUA - RIBIER N: 162 MORADA NOVA

Fone: Cidade: L. GRANDE Estado: PE Procedência:

RG: 52203438-SSP-PE Certidão de Nascimento:

Informante: O mesmo Parentesco:

Queixas do Paciente:

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Obstétrico Hora:

Situação de Destino: ☐ Sala de Medicação ☐ Sala Vermelha ☐ Sala de Curativo ☐ Raio X ☐ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

do m. pulm.

Exame Físico: PA: Pulso: Temperatura: Peso:



Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório: NGUNCLÓIA

Identificação do Médico:

Médico: CREMEPE



DISTRITO
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Reginaldo Francisco de Souza,
44 anos, apresenta quadro
de síndrome de Froude-Louveau
que o incapacita de exercer
atividades de natureza física
vinculadas a prestação
de trabalho em caráter
de fim de vida.

CID: S32

DATA: _____

15/5/19

ASSINATURA E CARIMBO



Dr. Mônica R. Santos
Otorrinolaringologista
CRM: 24505



Prefeitura
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



SUS
Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Reginaldo Francisco (pai)
deu assistência de
atividades laborais com
levantar ou amarrar objetos
pesados tais como
grupo de madeira.

DATA: _____

11/3/19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. MAURICIO S. S. S. S.
GROUPO SIA
PREMIER - 1908

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

Genta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

RECEITUÁRIO

PI Reginaldo Francisco Dantas

Atento que este paciente
tem lombalgia crônica, ortno-
se e fratura de L1 no CT
lombos, deverá evitar tra-
balho braçal sob pena de
piora clínica, podendo
exercer outras funções.

S320.
M141.

04-07-15

Consultas e Exames / Médicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ: 23.466.718/0001-73
CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente:

Alcides

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Atestado para os devidos fins
fue o t. definitivo de
saúde, em face a falta de
um ref. com. a frase
com. fratura e q. a. t. b.
de t. a. TC b. t. a. a. a.
permanente de ref. e /
so (Fr-fr) de a. de ref. o.
e. p. a. de b. o. f. e.
132-0

Alcides Muniz
CPF: 05.454.853-49
Cirurgia Geral - Obstetrícia
CRM: 3466
Assinatura e Carimbo
10.12.15

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56.395-000
87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3010
clinicadralcidesmuniz@hotmail.com

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ: 23.466.718/0001-73

CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente:

Alfred

Questo para os senhores
 que o h: de final do seu
 e para o de fatura de h:
 a fatura para o banco, e
 para o fatura de h:
 de h:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Assinatura e Carimbo

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56.395-000

87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3010
clnicadralcidesmuniz@hotmail.com



LAGOA GRANDE
Construção e Comércio

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



SUS
Sistema Único
de Saúde

PACIENTE: Refúgio P. S. Ag M ☐ F ☐

MÃE: _____

CARTÃO SUS: _____

RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

FONE: _____

Ocupação: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
suas pernas - fratura - L1

PROCEDIMENTO SOLICITADO:
Atendimento em Urgência CÓDIGO: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE DATA: 18/05/15 UNIDADE PRESTADORA: _____

UNIDADE SOLICITANTE: _____ DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S):
DATA: _____ HORÁRIO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR: _____ ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____
CASO NÃO ASSINE, APLICAR O POLEGAR DIREITO AO LADO >

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CPP - 38644934

clinical center = 39832426

38642305

DR. VINÍCIUS

SUSCIMA - 09:00

AV. SÃO FRANCISCO

ARTE BRANCO

120,00

Atenção

120,00

Recebido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: _____

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº _____

V/O ORAL

① Naproxeno 550mg _____ 10cp.
Tomar 1cp VO 12/12h por 05 dias.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Thiago de Aquino Rego
19/05
CRM 22.740

DATA: 25/09/18

Assinatura e Carimbo

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

Paciente: Reynaldo F. F. F. F.

Endereço: 11 loges 290 m

Prescrição: Remo ob comp. 10, 1x ao dia

Dra. Agnieszka Dias
Médica
CRM-PE 24.909
CRM-BA 24.907

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	
	ASS. DO FARMACÊUTICO
	DATA: / /

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MA 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	
	ASS. DO FARMACÊUTICO
	DATA: / /

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF N°
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

Paciente: Reginaldo Francisco D.
Endereço: _____
Prescrição: uso oral
Clonazepam 5mg
tomar 1cp vo 3x ao dia por 7 dias.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
DATA: ____/____/____	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF N°
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

Paciente: Reginaldo Francisco D.
Endereço: _____
Prescrição: uso oral
Clonazepam 5mg
tomar 1cp vo 3x ao dia por 7 dias.
Clonazepam 5mg
tomar 1cp vo 3x ao dia por 7 dias.

Dr. Thiago de Amorim Reg
Médico
CRM/PE 22380

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
DATA: ____/____/____	

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas

Registro Nº

① Centum 30dp
Tomar 1dp 10 Lx 10dr.

DATA: 23/02/18

Assinatura e Carimbo

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas

Registro Nº

POUCO
① USU phedone total
(Quanto indispensável)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Assinatura e Carimbo



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



Lagoa
Grande

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACIA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTOE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTOE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTOE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO (S) SOLICITADO (S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRIMÁRIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

PACIENTE: Reginaldo Francisco M ☐ F ☐

MÃE: _____

CARTÃO SUS: _____

RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

FONE: _____

Ocupação: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Atenção básica

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

CÓDIGO: _____

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Reginaldo

AUTORIZAÇÃO DATA: ____/____/____

UNIDADE PRESTADORA: _____

UNIDADE SOLICITANTE: _____

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S): _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CASO NÃO ASSINE, APLICAR O PULGAR DIREITO AO LADO: _____

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

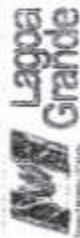
20 MAI 2019

UNIDADE DE SAÚDE: _____
NOME: Reginaldo F. Santos REGISTRO Nº _____

RECEITUÁRIO

DATA: 25/02/19

uso oral
1 unidade
jornal 4 comp 12/12 horas
de dia.



DE LAGOA GRANDE - PE



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas Registro Nº _____

Vlo ORAL

① Centum _____ 304.

Tomar 1cp VO 1x 1 dia.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE



SUS
SISTEMA
UNICO DE
SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Rygnildo Francisco Dantas Registro Nº _____

Vlo ORAL

① Naproxeno 550mg _____ 104.

Tomar 1cp VO 12/12h por 05 dias.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DP/AT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Thiago da Mota Ribeiro
CRM 10.000
CRM 10.000

DATA: 25/09/18

Assinatura e Carimbo

DATA: 23/02/18

Assinatura e Carimbo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: _____

Nome: Reginaldo Francisco Dantas

Registro Nº _____

Polígrafo
Uso Alcool Total
(Exames Anticorpais)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM UF Nº _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Dr. Thiago de Jesus Reis
Médico
CRM 22380

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Francisco D.

Endereço: _____

Prescrição: Uso Alcool

Uso Alcool Total
Exames Anticorpais
Exames Anticorpais

Exames Anticorpais
Exames Anticorpais
Exames Anticorpais

Exames Anticorpais
Exames Anticorpais
Exames Anticorpais

Dr. Thiago de Jesus Reis
Médico
CRM 22380

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Reginaldo D.

Ident.: 5220338 Org. Emissor: _____

Endereço: Rua João da Silva

Cidade: Recife UF: _____

Telefone: 88013251

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: 11/10/2019



Nome Completo:

2ª VIA PACIENTE

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade:

UF:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Fluocetina 20g

304

Tramex 100 mg 1x 1 vez

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: / /

PREFEITURA MUNICIPAL DE
LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Paciente:

Reginaldo Francisco Santos

Endereço:

7

Uso Oral:

Prescrição:

1. Coque 200mg ————— 0,1 x

01 comp. ao dia

23/04/19

Adriana Martins Rocha
Médica

CRM-PE 24153
DDM-RR 98724

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: / /

Do DPVAT

HUNAF
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANICOBA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE
CEP 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

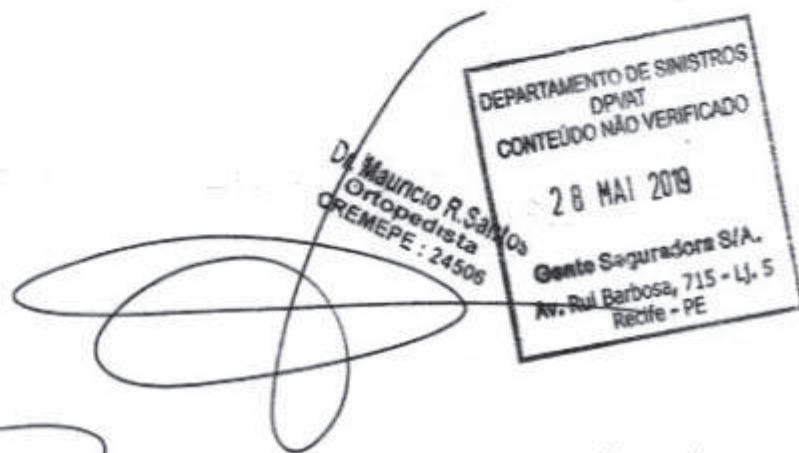
NOME:

Reginaldo Francisco Reis

Reginaldo Francisco Reis
44 anos, enfermeiro
profissional no dia de
08/05/2015 apresentando
ferimentos de L1, vários
hematomas e lacrimas
em sua atividade

DATA: __/__/__

profissionais formados
com sequelas de queda
atômica e limitação de
mobilidade dos membros



Fevereiro, 19/05/19