

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013815965895
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM INTRIC EXERCÍCIO
1 1148900197 ***** 2018

NOME
ROSICLEIDE GONCALVES PACHECO

TIMBEAUBA - PE

CPF/CNPJ PLACA
026.270.644-01 EDP2744

PLACA ANT/UF CHASSI
***** 9C2KD1000JR110550

ESPECE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETAS GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAR ANO MOD
HONDA/NXR 160 Bros 2013 2018

CAP/ROT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/162CL PARTIC PRETA

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

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

SEGURADO PAGOU

OBSERVAÇÕES

AL. PID. BANCO HONDA S/A

LOCAL DATA

TIMEABA - PE 11/04/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE N° 013815965895 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSICLEIDE GONCALVES PACHECO

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 11/04/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
026.270.644-01 EDP2744

RENAVAM MARCA / MODELO
1148900197 HONDA / NXR 160 Bros

ANO FAR CAT. TARR. NP CHASSI
2013 09 9C2KD1000JR110550

PRÉMIO TARIFÁRIO

R\$45 (R\$) DENATAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE BILHETE É O DOCUMENTO OFICIAL

000-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200139402 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL AURELIANO DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108850/20

Vítima: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

CPF: 613.323.214-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO : 084.126.644-18

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

NATANAEL AURELIANO DA SILVA : 613.323.214-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Marta Marinho dos Santos

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.126.644-118, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NATANAEL AURELIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214-53.

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NATANAEL AURELIANO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.400,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Dr. Alcebíades</u>	Número: <u>219</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>TIMBABA/PE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55.870-000</u>
E-mail: <u>gilberto.correia.advocacia@Hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(81) 99540-1514</u>

Local e Data: TIMBABA/PE, 06 de Fevereiro de 2020

Gilberto Correia da Silveira Filho
Assinatura do Declarante

Instrumento Procuratório



Outorgante: **Natanael Aureliano da Silva**, brasileira, inscrita no RG, sob o nº. 1.702.171 inscrito pelo CPF nº. 613.323.214-53, residente e domiciliada em Sítio Campestre, nº 7, Zona Rural, Vicência/PE, CEP: 55850-000.

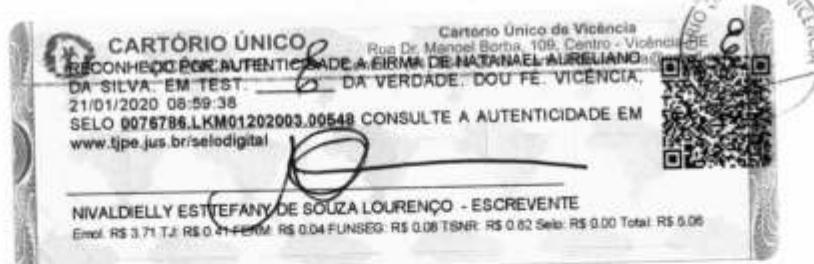
Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia Et Extra", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive praticar todos os atos administrativos e judiciais, que se fizerem necessários na movimentação e conclusão do processo novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

RECONHEÇO

Timbaúba/PE, dia 20 de Janeiro de 2020.

Natanael Aureliano da Silva
NATANAEL AURELIANO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108850/20

Vítima: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

CPF: 613.323.214-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO : 084.126.644-18

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

NATANAEL AURELIANO DA SILVA : 613.323.214-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2020
Nome: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 084.126.644-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139402

Vítima: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL AURELIANO DA SILVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200139402

Vítima: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), NATANAEL AURELIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

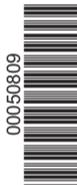
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/09/2019, emitido pelo Dr. MARCELLA HANNAH MAIA ALMEIDA CRM nº 11254 - PB, da Instituição PRONTO ATENDIMENTO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA - DP51ªCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0141000035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2020** às **09:16**

Complementa o BO Número: **19E0141000635**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/10/2019** às **13:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VICENCIA, 1 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SITIO CAMPESTRE**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR (AUTOR / AGENTE)
ROSICLEIDE GONÇALVES PACHECO (OUTRO)
NATANAEL AURELIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR

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

ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSICLEIDE GONÇALVES PACHECO** Pai: **ERONILDO MANOEL PACHECO** Data de Nascimento: **8/10/1989** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0914043/MEX/PE (RG), 09188747425 (CPF), 6931085363 (CNH)** Profissão: **SERVENTE** Telefones Celulares: **- 992868200**

Residencial: **RUA DR. RUI BEZERRA COUTINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 21 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NATANAEL AURELIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA XAVIER BARBOSA** Pai: **MANOEL AURELIANO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/7/1957** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1702171/SDS/PE (RG), 61332321453 (CPF)** Profissão: **APOSENTADO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VICENCIA, 7, SITIO CAMPESTRE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROSICLEIDE GONÇALVES PACHECO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSICLEIDE GONÇALVES PACHECO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PDP 274 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 114898819 Chassi: 9C2KD1000JR110550
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

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

ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR

(AUTOR / AGENTE) *Ronaldo monar lackoco jones*

NATANAEL AURELIANO DA SILVA

(VITIMA) > Natural Andiamo da Selva

B.O. registrado por: CARLOS ANDRÉ DE OLIVEIRA ANDRADE - Matrícula: 220949-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:	Nome completo da vítima:	
	613.323.214-53	NATANAEL AURELIANO DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: NATANAEL AURELIANO DA SILVA	Endereço: Sítio CAMPESTRE	CPF: 613.323.214-53	Número: 07 Complemento:
Profissão: AUTÔNOMO	Cidade: VICÊNCIA	Estado: PE	CEP: 55.850-000
Bairro: ZONA RURAL			Tel.(DDD): (81) 9.9540-1514
E-mail:			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0054** CONTA: **19376**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: **VICÊNCIA/PE, 06 de Fevereiro de 2020**
Nome: **NATANAEL AURELIANO DA SILVA**
CPF: **613.323.214-53**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Natanael Aureliano da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

Número do cartão		VISA	Vencimento	Total da Fatura	Pagamento Mínimo		
4056 93** **** 1115			25/01/2020	0,00	0,00		
Demonstrativos das Movimentações							
Data	Descrição	R\$	USS				
23/12	Despesas no Brasil GILBERTO C S FILHO NR. 4115 PAGAMENTO	-45,20		LIMITE TOTAL do Cartão de Crédito Limite para saque ^a LIMITE DISPONÍVEL em 10/01/2020 <small>^aA utilização desses limites comprometeria o limite total do cartão.</small>	1.500,00 R\$ 150,00 1.500,00		
	Saldo Anterior	45,20		Programa de Vantagens Nordeste Mais			
	(+) Encargos	0,00		Saldo Anterior	0		
	(+*) Total Despesas/Débitos no Brasil	0,00		(+*) Pontos Ganhos	0		
	(+*) Total Despesas/Débitos no Exterior	0,00		(-) Pontos Resgatados	0		
	(-) Total de Pagamentos/Créditos	45,20		(-) Pontos Expirados	0		
	(=) Saldo desta Fatura	0,00		(-) Pontos Cancelados	0		
				(-/+*) Ajustes	0		
				Saldos em Pontos até 10/01/2020	0		
				Pontos a expirar em 00/0000	0		
Serviços Financeiros							
Serviços	Encargos % a.m.	CET % Período	CET % a.a.	Enc. Max. Próx. Período			
Pagamento Parcial	9,99	0,00	0,00	10,99			
Parcelamento Emissor	9,99	10,56	233,92	9,61			
Parcelamento Fatura	0,00	0,00	0,00				
Saque	14,52	22,81	1.078,07	15,52			
Em caso de pagamento inferior ao valor total da fatura, o titular deverá arcar com as taxas e encargos calculados incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor máximo dos encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 0,00							
Parcelas a Vencer							
Compras Parceladas	Parcelas a Vencer R\$ 0,00			Informações Importantes			
* Somaatório de todas as parcelas a vencer, até o fechamento desta fatura.							
Via Cliente - Autenticação Mecânica							
Banco do Nordeste	004-3			Ficha de Caixa			
Agência/Cód. Beneficiário	Número do Cartão	Data do Documento	Cód. Documento	Vencimento			
0019	4056 93** **** 1115	10/01/2020		25/01/2020			
			Valor Pago				
Via Banco - Autenticação Mecânica							

1 / 1

"Extrato para simples conferência saldo zerado."



GILBERTO CORREIA DA SILVA FILH
RUA DR ALCEBIADES 219
CENTRO
55870-000 TIMBAUBA - PE

CTG RECIFE PE PL5



Data de Postagem: 14/01/2020
Data de Vencimento: 25/01/2020
Data Fechamento: 10/01/2020



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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.126.644-118, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NATANAEL AURELIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214-53.

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NATANAEL AURELIANO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.400,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Dr. Alcebíades</u>	Número: <u>219</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>TIMBABA/PE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55.870-000</u>
E-mail: <u>gilberto.correia.advocacia@Hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(81) 99540-1514</u>

Local e Data: TIMBABA/PE, 06 de Fevereiro de 2020

Gilberto Correia da Silveira Filho
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO CORRÊIA DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.126.644 / 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NATANAEL AURELIANO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214/53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NATANAEL AURELIANO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.323.214/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	RUA Dr. ALCOBIADES, CENTRO	Número	219	Complemento
Bairro	CENTRO	Cidade	TIMBABA	Estado
Email	gilberto.correa.advocacia@Hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(81)99540-1514	Telefone celular (DDD)

Timbaba/PB de 06 de Fevereiro de 2020

Local e Data

Gilberto Corrêa da Silva Filho

Assinatura do Declarante



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA**



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N 23872

Em, 22 de outubro de 2019 Hora: 14:00

Consulta Simples

Consulta com OBS

Name: Matthew Aureliano

Sexo: Masculino Feminino DN: 717152 Idade: 02 Estado Civil:

Endereço: Sítio Campestre 2 Cidade: Praia Seca Fone:

Cartão do SUS: _____ Filiação: Onangaréla Xanay Barreto

Queixa Principal: ~~Pdt. hiperestomizao e hrde Catarraxide há 10a~~

Exame Físico: Mímera de audiente de moto c/ TCC + fundo

Pressão Arterial = X Temperatura = Oximetria = HGT =

Prescrição Médica: ~~laringite c/ edema e equimose palpbral~~
E + dor em ombro. ECT = 15.

① *Diphagia lampyrea*

Auxiliar de Enfermagem

Médico

~~Dra. Marcella Kamei e. Van Almada
M. C. S. 2002
CRM/PB 11.252~~

PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Na Tanael Aurulino da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1696972

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO
TOMOGRAFIA HR

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

-TAC de ombro (D) 11 contraste + 30

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Pct vítima de acidente motociclistico com frx.
em clavícula direita.*

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Anner Alencar

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/10/2019

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

*Dr. Anner Alencar
Médico
CRM-PE 26.793*

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Nata NR	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Nataniel Jurelius de Souza	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1696977
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de clavos	14 - CÓD. PROCEDIMENTO 12	15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de olho cervical	16 - CÓD. PROCEDIMENTO JATRO
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de face + 3D	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Polutur.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12.10.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO E CONSELHO

CRM-MG
018.111.000-0009

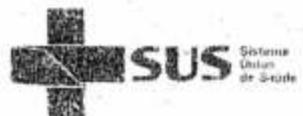
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hata HR	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Notasel Jurelio de Souza	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1696977
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de Cervos	Data: 12 / 10 / 2019 QTD:
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC envolve cervical	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD: JATRO
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de face + 3D	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Polutur.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12 / 10 / 19
---------------------------------------	--------------------------	---

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) <i>CREMEPE/PE/2006 CRM/PE/2006 CRM/PE/2006 CRM/PE/2006</i>
---	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12 / 10 / 19
---------------------------------------	-------------	---

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
---	---

