

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 11359266

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.389/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Gilberto Correia da Silva Filho



COAB

OBSERVAÇÕES

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34570

Nome
GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO

Filiação
**GILBERTO CORREIA DA SILVA
MARIA ELIANA DA SILVA**

Naturalidade
TIMBAÚBA-PE

Nº
7685248 - SDS/PE

Data de Nascimento
12/04/1990

CPF
084.126.844-18

Via
42

Expiração em
22/08/2019

BRUNO DE ALBUQUERQUE BAPTISTA
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013815965895
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RENTR - EXERCÍCIO
1 1148988197 ***** 2018

NOME
ROSICLEIDE GONCALVES PACHECO

TIMEAUBA-PE

CPF/CNPJ - PLACA
026.270.644-01 FDE2744

PLACA ANT./UI - CHASSI
***** 9C2KD1000JR110550

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD
HONDA/NXR 160 EROS 2013 2018

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

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC./COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1° *****

FAIXA IPVA - PARCELAMENTO/COTAS
2 2° *****

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

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA

LOCAL - DATA
TIMEAUBA-PE 11/04/13

Charles Andrews Sousa Eibeiro
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 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

TIMEAUBA-PE EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2013 11/04/13

VIA - CPF/CNPJ - PLACA
026.270.644-01 FDE2744

RENAVAM - MARCA/MODELO
1148988197 HONDA/NXR 160 EROS

ANO FAB - CAT. TAR. - Nº CHASSI
2013 09 9C2KD1000JR110550

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIN (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
Pelo valor de R\$ 0,00 (zero reais e 00/100 centavos)

NOV-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 EVIDENCIA PRESENÇA 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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

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/BIBLIOTECASWEB/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 CORREIA 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: 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 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 Dr. Alcebades</u>	Número: <u>219</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade:	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: TINBAÚA/PE, 06 de Fevereiro de 2020

Gilberto Correia da Silva 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.

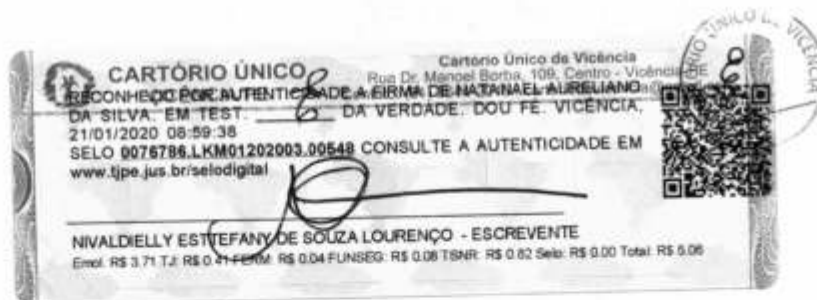
Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium 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.

RECONHECO

Timbaúba/PE, dia 20 de Janeiro de 2020.


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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATANAEL AURELIANO DA SILVA

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

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



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 DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 - Culposos (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

O NOTICIANTE E VÍTIMA, NATANAEL AURELIANO DA SILVA, VEM COMUNICAR QUE NO DIA 12 DE OUTUBRO/2019, PEGOU UMA CARONA COM A PESSOA DE ERONILDO (ENV. 01), NO SÍTIO CAMPESTRE, PARA VIREM AO CENTRO COMERCIAL DE VICÊNCIA, E DURANTE O PERCURSO, NA ESTRADA DE BARRO, O REFERIDO CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VIERAM A CAIR. O CONDUTOR SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ENQUANTO O NOTICIANTE/VÍTIMA, NATANAEL, SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA LOCAL E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HR, EM RECIFE, ONDE FOI MEDICADO E LIBERADO. INFORMA QUE NÃO FEZ CIRURGIA. >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>A VÍTIMA RETORNOU A DP PARA RETIFICAR A DATA DO ACIDENTE, A QUAL SE DEU NO DIA 12/10/2019.

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

ERONILDO MANOEL PACHECO JUNIOR

(AUTOR \ AGENTE)

NATANAEL AURELIANO DA SILVA

(VITIMA)

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: 613.323.214-53 Nome completo da vítima: 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 CPF: 613.323.214-53
Profissão: AUTÔNOMO Endereço: SÍTIO CAMPESTRE Número: 07 Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: VICÊNCIA Estado: PE CEP: 55.850-000
E-mail: Tel.(DDD): (81) 9.9540-1514

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0054 CONTA: 19376

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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: 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 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.

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | 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.



DADOS DO CLIENTE
MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

CPF 096.805.404-80

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

INSCRIÇÃO	SERIE	EMISSÃO
017883193	09/08/2019	09/08/2019
09/08/2019	201249753	09/08/2019

Consumo Ativo (kWh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Jam. Publica Municipal
ICMS Subvenção CDE NF 065136598-10/08/19
Multa por atraso NF 065136598-10/08/19
Juros por atraso NF 065136598-10/08/19
Atualização ICPI NF 065136598-10/08/19

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA DE CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.532/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
E1 CAMPESTRE 7

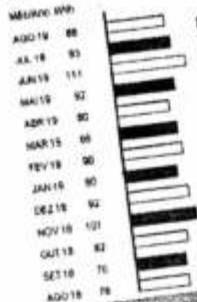
ZONA RURAL VICENCIA/VICENCIA RURAL
VICENCIA PE
E 1850-000

CONTA CONTRATO	PERÍODO
2012672505	08/2019
08/08/2019	10/09/2019
TOTAL FISCAL	77,66

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	86,000000	0,77545112	66,23
			1,29
			1,48
			2,82
			0,76
			1,86
			0,77
			0,88

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		CONSUMO (kWh)	
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	CONSUMO (kWh)
313034960	CA1	1947/0218	6.884,00	09/08/2019	1.742,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
ICMS	71,00	38,00	17,76
PIS	71,00	0,74	0,82
COFINS	71,00	3,47	2,42



Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

Consumo Ativo (kWh)

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	DE	Valor	DE	Valor
1787,99	08/08/19	77,66	08/08/19	08/08/19

Este comunicado não substitui em hipótese alguma o extrato de faturamento, pois este contém o detalhamento do consumo, o valor devido e o prazo para pagamento. Caso haja divergência, favor entrar em contato com a Central de Atendimento ao Cliente (0800 000 0000) ou diretamente com a Unidade Consumidora.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

Via Cliente - Autenticação Mecânica

Via Banco - Autenticação Mecânica

171



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 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 CORREIA 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: 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 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 Dr. Alcebades</u>	Número: <u>219</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade:	CEP: <u>55.870-000</u>
E-mail: <u>gilberto.correia.advocacia@hotmail.com</u>	Estado: <u>PE</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 99540-1514</u>

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

Gilberto Correia da Silva Filho
Assinatura do Declarante

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 CORREIA 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 <u>RUA DR. ALCOBIADES, CENTRO</u>		Número <u>219</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>TIMBAÚBA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.870-000</u>
Email <u>gilberto.correia.advocacia@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 99540-1514</u>	Telefone celular (DDD)

Timbaúba/PE de 06 de FEVEREIRO de 2020
Local e Data

Gilberto Correia da Silva Filho
Assinatura do Declarante



Sec. Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N 27872

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

☐ Consulta Simples
☐ Consulta com OBS.

Nome: Antônio Aureliano

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: 1/7/52 Idade: 66a Estado Civil: _____

Endereço: Sítio Campesino 2 Cidade: Vicência Fone: _____

Cartão do SUS: _____ Filiação: Margarida Xavier Barbosa

Queixa Principal: Ppt. hequetomizacão c/ hx de Ca tireoide há 10a

Exame Físico: Anterior de acidente de moto c/ TCE 1 pda

Pressão Arterial = X Temperatura = _____ Oximetria = _____ HGT = _____

Prescrição Médica: de comência c/ edema e equimose palpebral

67 der em ombro 1. ECG = 19

① Diplopia lamp + s a.

Silvia Maria da Conceição Moraes

Auxiliar de Enfermagem

Médico

Dr. Marcela Manoela Maia Almeida
Médica
CRM/PB 11.252

PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Naíanael Auruliano da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1696977

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

TOMOGRAFIA HR

Data: 12/10/19

Médico:

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de ombro (D) 11 contrante + 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

Per vítima de acidente motociclistico com fr. em clavícula direita.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Arner 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. Arner Alencar
Médico
CRM/PE 25.795

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

Hata NR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nataniel Jurelio de Lima

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 crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de coluna cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de face + 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TOMOGRAFIA

Data:

12

10

2019

Máquina

Técnico

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

15 - CÓD. PROCEDIMENTO

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

17 - CÓD. PROCEDIMENTO

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

19 - CÓD. PROCEDIMENTO

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

21 - CÓD. PROCEDIMENTO

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Poluição.

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)

Dra. Mikaela Paiva
CRM 24069

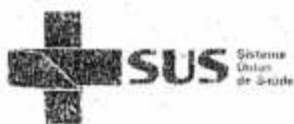
AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

Matheus Jurelino de Silva

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 crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de coluna cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de fêmur + 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TOMOGRAFIA

Data:

12

Mês:

10

Ano:

2019

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Política.

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)

Dr. Mikaelle Paiva
CRM 24069
Médica

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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nataniel Auréliano do Pino

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1696922

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

TOMOGRAFIA HR

Data: 12/10/19

Médico:

Assinatura: [Assinatura]

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de ombro @ 11 contrante + 3D

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

Pet vítima de acidente motociclistico com fr. em clavícula direita.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Arner Blencor

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. Arner Blencor
Médico
CRM/PE 25.793

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)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.702.171 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2012

NOME

<< NATANAEL AURELIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< MANOEL AURELIANO DA SILVA >>
<< MARGARIDA XAVIER BARBOSA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

LIMOEIRO - PE 01/07/1957

DOC ORIGEM << 0746660155 1981 2 00001 092
0000212 55 BOM JARDIM-PE >>

CPF

613.323.214-53

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-50 50.954 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO EWARTS BURL

Natanael Aureliano da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA

POUPANÇA

6277 8011 9981 3571

NATANAEL AURELIANO SILVA

0054 013 00019376-0 06/21

elo