



Número: **0000172-23.2020.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Vicência**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

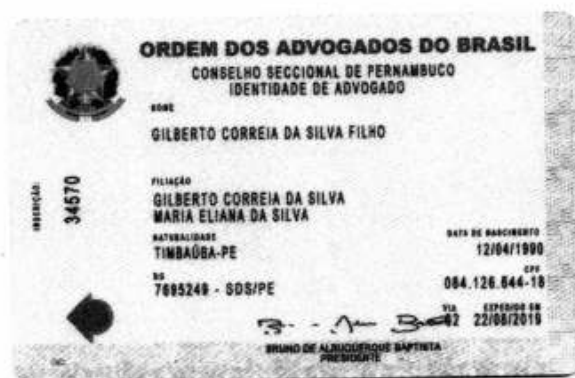
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NATANAEL AURELIANO DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70361158	30/10/2020 15:53	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 CDD RENAVAM 1148988197 EXERCÍCIO 2018

NOME ROSICLEIDE GONÇALVES PACHECO

TIMBAUBA-PE

CPF/CNPJ 026.270.644-01 PLACA EDE2744

PLACA ANT./H 026.270.644-01 CHASSI 3C2KD1000JR110550

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

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

CAP/ROT/CIL 2E/182CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º *****

IPVA 2018 QUITADO 2º *****

PARCELAMENTO/COTAS 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FISCAL OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

TIMBAUBA-PE 11/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SU CARGA, APESORAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013815965895 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSICLEIDE GONÇALVES 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

TIMBAUBA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/04/18

VIA 1 CDD RENAVAM 1148988197 EXERCÍCIO 2018

CPF/CNPJ 026.270.644-01 PLACA EDE2744

MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 EROS

CHASSI 3C2KD1000JR110550

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT



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 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 COAF¹.

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. Alcebíades</u>	Número: <u>219</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade:	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>gilberto.correia.advocacia@hotmail.com</u>	CEP: <u>55.870-000</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



Instrumento Procuratório



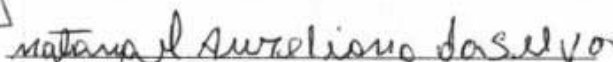
Outorgante: **Natanael Aureliano da Silva**, brasileira, inscrita no RG, sob o nº. 1.702.171 inscrito pelo CPF nº. 613.323.214-53, residente e domiciliada em Sítio Campestre, nº 7, Zona Rural, Vicência/PE, CEP: 55850-000.

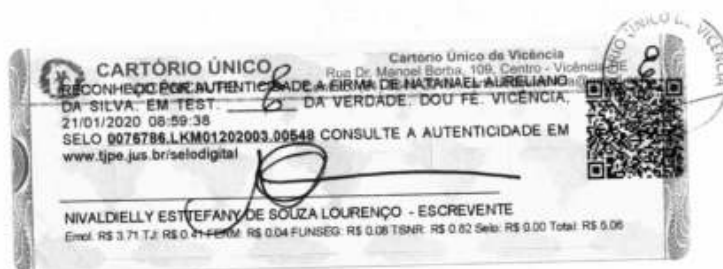
Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

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.



Timbaúba/PE, dia 20 de Janeiro de 2020.


NATANAEL AURELIANO DA SILVA



GILBERTO CORREIA
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar
Centro, Timbaúba/PE - Fone: 81 3631.3992
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



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





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

Carta nº 15691896

Pag. 00561/00562 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Pag. 01617/01618 - carta_31 - INVALIDEZ

00050809



Carta nº 15863535





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA - DP51ªCIRC DINTER/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: **9C2KD1006JR110550**
- 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:	Nome completo da vítima:
	613.323.214-53	NATANAGL AURELIANO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
NATANAGL AURELIANO DA SILVA	613.323.214-53	
Profissão:	Endereço:	Número:
AUTÔNOMO	Sítio CAMPESTRE	07
Bairro:	Cidade:	Estado:
ZONA RURAL	VICÊNCIA	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55.850-000	(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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 19376	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
Vivos:	Falecidos:	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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: VICÊNCIA/PE, 06 de Fevereiro de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: NATANAGL AURELIANO DA SILVA	1ª Nome: _____
	CPF: 613.323.214-53	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	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.

FP5.001 V001/2018





DADOS DO CLIENTE
MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

CPF: 096.805.404-02

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA	SERIE	LEITURA
07/08/2019	09062019	072893193
09/08/2019	09062019	072893193

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Lum. Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE-NF 065136598 - 10/08/18
Multa por atraso NF 065136598 - 10/08/19
Juros por atraso NF 065136598 - 10/08/19
Atualização IOPM NF 065136598 - 10/08/18

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

NOTA FISCAL FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Insc. Est. 0005543-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
E1 CAMPESTRE 7

2 ZONA RURAL VICENCIA VICENCIA RURAL
VICENCIA PE
5 1850-000

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
08/08/2019	10/09/2019

77,66

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
88,000000	0,77545172	68,23

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
213034895	CAT	084,00	1.742,00	30	1,0000		88,00

COMPONENTES DE CONSUMO	VALOR DO IMPORTE	%
Gerção de Energia	R\$ 24,82	28,2%
Transmissão	R\$ 2,47	2,8%
Distribuição (Cabo)	R\$ 14,98	17,1%
Perdas de Energia	R\$ 4,72	5,4%
Energia Substituída	R\$ 3,51	4,0%
Tributos	R\$ 20,89	23,9%

COMPONENTES DE CONSUMO	VALOR DO IMPORTE	%
Consumo Ativo (kWh)	R\$ 68,23	88,2%

COMPONENTES DE CONSUMO	VALOR DO IMPORTE	%
Consumo Ativo (kWh)	R\$ 68,23	88,2%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Atenção: Celpe informa que você possui conta em aberto

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor

Número do cartão 4056 93** **** *115	VISA	Vencimento 25/01/2020	Total da Fatura 0,00	Pagamento Mínimo 0,00
---	-------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Demonstrativos das Movimentações			
Data	Descrição	R\$	US\$
	Despesas no Brasil		
23/12	GILBERTO C S FILHO NR. 4115 PAGAMENTO	-45,20	
	Saldo Anterior	45,20	
	(+) Encargos	0,00	
	(+) Total Despesas/Débitos no Brasil	0,00	
	(+) Total Despesas/Débitos no Exterior	0,00	
	(-) Total de Pagamentos/Créditos	45,20	
	(=) Saldo desta Fatura	0,00	

Limites de Crédito			
LIMITE TOTAL do Cartão de Crédito	R\$	1.500,00	
Limite para saque*	R\$	150,00	
LIMITE DISPONÍVEL em 10/01/2020	R\$	1.500,00	

Programa de Vantagens Nordeste Mais			
Saldo Anterior	0		
(+) Pontos Ganhos	0		
(-) Pontos Resgatados	0		
(-) Pontos Expirados	0		
(-) Pontos Cancelados	0		
(-/+) Ajustes	0		
Saldo 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	
Saques	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	
IOF DE TRANSAÇÃO NO EXTERIOR: 6,38%	
Caso a cotação do dólar informado for diferente na data do vencimento da fatura, os ajustes (crédito ou débito) serão efetuados na próxima fatura, sem encargos.	

Via Cliente - Autenticação Mecânica

	004-3	Ficha de Caixa		
Agência/Cód. Beneficiário	Número do Cartão	Data do Documento	Cód. Documento	Vencimento
0019	4056 93** **** *115	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 ALCEBIANES 219
CENTRO
55870-000 TIMBAUBA - PE



Data de Postagem: 14/01/2020
Data de Vencimento: 25/01/2020
Data Fechamento: 13/01/2020





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 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 COAF¹.

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

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

Gilberto Correia da Silva 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/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 COAF**².

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) 995 40-1514</u>	Telefone celular (DDD)

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

Gilberto Correia da Silva Filho
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N. 27872

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

☐ Consulta Simples
☐ Consulta com OBS.

Nome: Matheus Aureliano

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: 11/11/52 Idade: 66a. Estado Civil:

Endereço: Sítio Campesino 2 Cidade: Vicência Fone:

Cartão do SUS: Filiação: Margarida Xavier Barbosa

Queixa Principal: Ppt. hipoestomização c/ hix de Ca tireoide há 10a.

Exame Físico: Análise de audição de modo c/ TCE + perda

Pressão Arterial = X Temperatura = Oximetria = HGT =

Prescrição Médica: de comitência c/ edema e equimose palpebral

① Diplopia lamp + s.a.

Silvia Maria da Conceição Moraes

Auxiliar de Enfermagem

Médico

Dra. Marcelle Almeida
Médica
CRM/PR 11.255



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 Auruliano da 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

TOMOGRAFIA HR

Data: 12/10/19

Médico:

Assinatura do Médico

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de ombro @ 11 contendo + 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 motocarístico com fr. em clavícula direita.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANER BLANCO

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. ANER BLANCO
Médico
CRM-PE 20.793

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)

Cod. 0421



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 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
T E de crânio cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC de face + 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

15 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

17 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Polietileno.

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)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

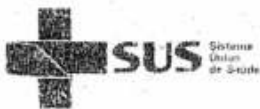
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 0421





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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

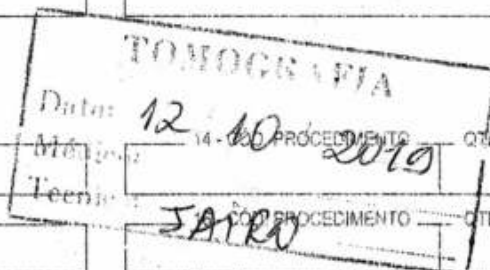
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
Hospital da Restauração	0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Hata HR	

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Notaniel Jurelio de Jesus	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	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QIDE
TC de crânio	12.10.2019	
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	15 - CÓD. PROCEDIMENTO	QIDE
TC de coluna cervical	JAIRO	
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QIDE
TC de face + 3D		
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO	QIDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO	QIDE



JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Politeria.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO 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)

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)

Cod. 0421





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 da 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

TOMOGRAFIA HR

Data: 12/10/19

Médico:

Dr. Auréliano da Silva

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de ombro @ 11 contralateral + 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

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

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Auréliano da Silva

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. Auréliano da Silva
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)

Cod. 0421



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 LIMOEIRO - PE DATA DE NASCIMENTO 01/07/1957

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

CPF 613.323.214-53

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 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 XAVIER BURL

1 NATANAEL AURELIANO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA

POUPANÇA

6277 8011 9981 3571

NATANAEL AURELIANO SILVA

0054 013 00019376-0 06/21

elo

