

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO ORÇAL **10.669.056** DATA DE EXPEDIÇÃO **14/08/2017**

NOVO << **FELIPE FEITOSA MUNIZ** >>

ANTIGO << **REGINALDO IRINEU MUNIZ** >>
<< **MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ** >>

LOCAL DE EMISSÃO **SÃO PAULO - SP** DATA DE NASCIMENTO **17/01/1999**

DOC ORIGEM << **CN, 487,331 LA719 F.249V** CART. **29º SUBD. SÃO PAULO - SP, 06.05.1999** >>

CPF **122.094.944-27**

ASSINATURA DO DIRETOR

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOSÉ ALVES FERREIRA




FELIPE FEITOSA MUNIZ

Edipe Feitosa Muniz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação)

Nº do CPF: 122.094.944-27

Nome: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Data de Nascimento: 17/01/1999

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.749/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe Feitosa Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.094.944/27 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Felipe Feitosa Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.094.944/27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: Rensou 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 Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87)99634-4907</u>

Serra Talhada de 26 de Junho de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



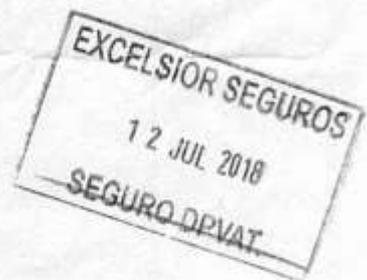
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Reginaldo Irineu Muniz,
RG nº 22.702.240-3, data de expedição 17/01/2004
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 668.261.444-68, com
domicílio na cidade de São José do Egito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av Antonio Braga, nº 229,
complemento Ap. 1/Incha, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Felipe Feitosa Muniz, cujo o condutor era
Maria Juana Feitosa Muniz.

Veículo: PAS/MOTOCICLE
Modelo: HONDA / NXR150 BROS ES
Ano: 2011/2011
Placa: NOD54841PB
Chassi: 9C2KD0550BR006428
Data do Acidente: 18-04-18
Local e Data: Serra Talhada 16/05/2018



X Reginaldo Irineu Muniz
Assinatura do Declarante



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

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)REGINALDO IRINEU MUNIZ
Dou fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:52h
En Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896-1P105201807.02408

Cartório de Registro de Imóveis nº 22
Rua Manoel Olímpio de Albuquerque
Cidade: Serra Talhada - PE

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS - PE
Título: Maria Juana Feitosa Muniz
Subst. Adv.: Leonilson de Azevedo



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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Rua Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 51030-900
 CNPJ 10.896.932/0001-08 | Insc. Est. 0029943-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA IVANIA FELTOZA MUNIZ

CPF 306.447.388-39 INIS: 20674126892

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIMENTO COM INIS
 Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ANTONIO BORJA 229 APARTAMENTO 1 ANDAR

SÃO BORGASÃO JOSÉ DO EGITO
 SÃO JOSÉ DO EGITO PE
 56700-000

CONTA/CONTRATO MÊS/ANO

7006817380 03/2018
 DATA DE VENCIMENTO
 20/03/2018 11/04/2018
 TOTAL DA FATURA (R\$) 173,99

R-CAMBIO/UNID	SERIE	EMISSÃO
000640610	UNICA	12/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/03/2018	2022921777	4142041

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23360927	7,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40047246	28,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,60070069	72,08
Consumo Ativo superior a 220 kWh	70,0000000	1,65745410	48,72
Contribuição Iluminação Pública			19,01
ICMS Substituição-CDE-Nº 001087309-141217			1,15
TOTAL DA FATURA			173,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUSÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
W27420	CA1	08/02/18	21786,00	13/03/18	24066,00	30	1,0000		28,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	10,00	16,40
PIS	0,65	1,12
COFINS	3,00	5,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	41,89	24,19%
Transmissão	4,57	2,63%
Distribuição (Cabo)	37,58	21,61%
Perdas de Energia	11,28	6,49%
Iluminação Pública	19,72	11,31%
Tráfego	48,72	28,03%
Total	173,99	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,23360927
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,40047246
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,60070069
 Consumo Ativo superior a 220 kWh: 1,65745410

RESERVAÇÃO FISCAL

CC02 013C AB1A 1AA5 9C33 7015 63F4 DF51

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota fiscal é emitida em nome de Maria Ivania Feltoza Muniz. Sua validade depende da correta identificação do consumidor. Caso haja qualquer dúvida, consulte o setor de atendimento ao cliente da CELPE. Este documento não substitui o contrato de fornecimento de energia elétrica. O consumidor é responsável por manter atualizado o cadastro de dados cadastrais. O não atendimento às obrigações previstas no contrato de fornecimento de energia elétrica poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Consulte o site www.celpe.com.br para mais informações.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

Condição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Valor em Aberto	126,00	126,00

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, sem prejuízo à averbação nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequente inclusão em listas de inadimplentes. Este consumo não substitui o envio de relatórios anuais de desempenho energético emitido em conformidade com a legislação vigente.

Este documento não substitui o contrato de fornecimento de energia elétrica. O consumidor é responsável por manter atualizado o cadastro de dados cadastrais. O não atendimento às obrigações previstas no contrato de fornecimento de energia elétrica poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Consulte o site www.celpe.com.br para mais informações.

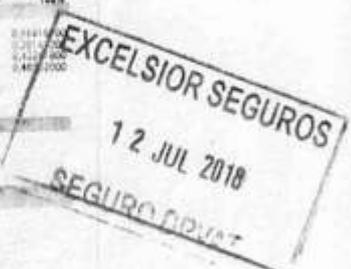
CLASSIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CLASSIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE QUINZENAL	LIMITE ANUAL
SPC	0,00	1,75	11,39	21,14
PC	0,00	3,41	6,78	13,70
DMC	0,00	3,37	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
220	202 - 231	

Letra DCM: 13,22 EUR - Valor do preço de venda fixado - - - -



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Felipe Fritosen Muniz

CPF da Vítima

122.094.944-27

Data do Acidente

18/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

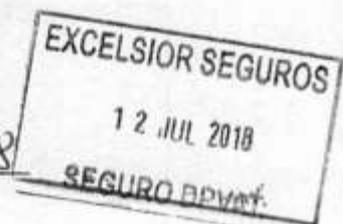
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serra Talhada 26 de Junho de 2018

Local e Data



X Felipe Fritosen Muniz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0254781/18

CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000610**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2018** às
10:13

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 18/4/2018 às 19:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM JOSE PEREIRA ALVES, 1** - Bairro:
CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR \AGENTE)
REGINALDO IRINEU MUNIZ (OUTRO)
MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ (OUTRO)
FELIPE FEITOSA MUNIZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ



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

**FELIPE FEITOSA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IVANIA FEITOSA MUNIZ Pai: REGINALDO IRINEU MUNIZ Data de Nascimento: 17/1/1998**
Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **10669066/SDS/PE (RG),
12200404427 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- **87096279740**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 6 - Bairro: SAO BORJA - SAO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARINETE BEZERRA FEITOSA Pai: SEVERINO ALVES FEITOSA Data de Nascimento:
6/7/1974** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
366610719/SSP/SP (RG), 30644732239 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª.
GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87008101706**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 0 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

REGINALDO IRINEU MUNIZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REGINALDO IRINEU MUNIZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NQD6484 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **330028232** Chassi: **9C2KD0550BR000428**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **HONDA/NXR-150 BROS ES**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL, A PESSOA DA VÍTIMA FELIPE FEITOSA MUNIZ, NOTICIANDO DE QUE FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, CONSTA QUE O MESMO CIRCULAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA HONDA/NXR-150 BROS ES, COM SUA GENITORA MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ, PELA RUA DOM JOSÉ PEREIRA ALVES, CENTRO DESTA CIDADE QUANDO DE REPENTE UM ADOLESCENTE DESCONHECIDO EM UMA BICICLETA FAZENDO MANOBRAS BRUSCAS (EMPINANDO) E PARA NÃO BATER NO REFERIDO ADOLESCENTE FEI OU BRUSCAMENTE E JOGOU A MOTO PARA O LADO CONTARIO, TENDO FELIPE SOFRIDO LESÕES LEVES PELO CORPO, CONFORME FICHA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO DO HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA, DIANTE DOS FATOS FOI REGISTRADO O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO.

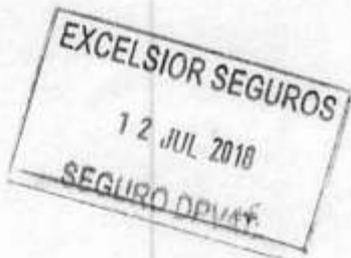
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Felipe Feitosa Muniz

FELIPE FEITOSA MUNIZ
(VITIMA)

MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ
(OUTRO)

B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 3209676**



CONFERE COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

122.094.944-27

Nome completo da vítima

Felipe Feitosa Muniz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Felipe Feitosa Muniz		CPF titular da conta 122.094.944-27	Profissão Agricultor
Endereço Av. Antonio Borja		Número 229	Complemento Cdp. Sander
Bairro São Borja	Cidade São José do Egito	Estado Pernambuco	CEP 56700-000
Email		Telefone (DDD) (81)99634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

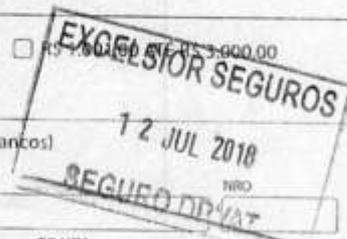
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1296	D/V	CONTA NRO. 26.341	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SuaTalhada 26 de junho de 2018
Local e Data

X Felipe Feitosa Muniz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/05/2018

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA |MOVTO. E SALDO DO DIA

AG: 1296 - SAO JOSE DO EGITO OPER: 013 CONTA: PAG: 001 / 001
NOME: FELIPE FEITOSA MUNIZ LIMITE FLUTUANTE GIM: 26.341-4
DISPONIVEL.: 0,00 LIMITE CHEQUE AZUL:
SALDO TOTAL: 0,00 BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC HISTORICO VALOR

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. STS78554
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291480/18

Número do Sinistro: 3180368259

Vítima: FELIPE FEITOSA MUNIZ

CPF: 122.094.944-27

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE FEITOSA MUNIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Felipe Feitosa Muniz

portador(a) do documento de identidade nº 10.669.056, expedido por SDS/Pe, em

14, 08, 2017, inscrito no CPF sob o nº 122.094.944-27, residente na

AV Antonio Borja, nº 229

complemento AP. J Indar, Bairro São Borja, cidade

São José do Egito, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29, 05, 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

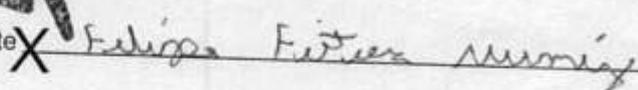
Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Serra Talhada 16 de 05 de 2018

Outorgante  Felipe Feitosa Muniz



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) FELIPE FEITOSA MUNIZ
Do fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln (IPSEP) de Serra Talhada - Oficial Substituto
TOTAL: 4,79
Selo(s): 0074896.1245201807.02407

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) FELIPE FEITOSA MUNIZ
Do fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln (IPSEP) de Serra Talhada - Oficial Substituto
TOTAL: 4,79
Selo(s): 0074896.1245201807.02407



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180368259

Cidade: São José do Egito

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Data do acidente: 18/04/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. RICARDO BRUNO SANTANA SOUZA E SILVA, CRM 23409, DE 20/09/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

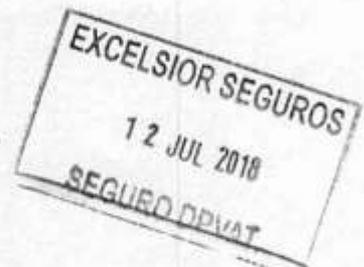
Assinatura:

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 26 de Junho de 2018

X Felipe Fátima Nunes



EXCELSIOR SEGUROS
 1 2 JUL 2018
 SEGURO DE VIDA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

ROSARY DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC IDENTIFICAD. (CNPJ) / CPF: 687088 808 22

CPF: 041.394.744-25

DATA DO NASCIMENTO: 19/08/1983

FAVORCO: SACRADO ANTONIA DA SILVA
 SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSAO: [REDACTED] ACC: [REDACTED] COT. HAB: [REDACTED]

INSCRIÇÃO: 04935884409

DATA DO REGISTRO: 18/11/2018

DATA DO PAGAMENTO: 06/05/2018

VALIA EM TUDO
 O TERRITORIO NACIONAL
 1017067334

PRIMEIRO PLATINICA
 1017067334

LOCAL: GUERNA TALEADA - PE

DATA DO PAGAMENTO: 19/11/2018

ASSIGNATURA DO TERREIRO: [REDACTED]

PROPOSTA Nº: 470116455

PROGRAMA: 470116455

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 10.669.056

DATA DE
EXPIÇÃO 14/08/2017

NOVO
<< FELIPE FEITOSA MUNIZ >>

ANTIGO
<< REGINALDO IRINEU MUNIZ >>
<< MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ >>

DATA DE NASCIMENTO 17/01/1999

UF SAO PAULO - SP

DOC ORIGEM << CN, 487,331 LA719 F,249V CART,
29º SUBD, SAO PAULO, SP, 06.05.1999 >>

CPF 122.094.944-27

ASSINATURA DO DIRETOR

SECRETARIA DE IDENTIDADE

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JORNAL DO PÊLO




FELIPE FEITOSA MUNIZ

Edipe Feitosa Muniz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação)

Nº do CPF: 122.094.944-27

Nome: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Data de Nascimento: 17/01/1999

CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

CEP: 56903- 440

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Felipe Feltosa Muniz; Idade: 19 anos

Laudo médico

Paciente vítima de acidente de moto, no dia 18/04/2018. Fato ocorrido na Rua Dom José Pereira Alves, Bairro: Centro, São José do Egito – PE.

Paciente deu entrada no hospital de São José do Egito, após apresentar lesão no tornozelo direito e múltiplas escoriações pelo corpo. Foi medicado com analgésicos e anti-inflamatórios. Sendo diagnosticado como Fratura dos ossos do tornozelo.

Paciente deu entrada no Hospital São Vicente, onde foi operado no dia 02/05/2018. Com o diagnóstico de Fratura – Luxação do tornozelo direito.

O paciente apresenta exame físico-clínico visual, seqüela consequente ao trauma na qual foi observada cicatriz cirúrgica de mais ou menos 10cm e diminuição dos movimentos do tornozelo de mais ou menos 30%.

Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias..

OBS: Quadro clínico descrito foi colhido e avaliado exclusivamente no dia de hoje. Podendo variar com o passar dos dias.

Dr. Ricardo Bruno Atenciosamente

Médico
CRM-PE: 23409

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Serra Talhada, 20 de setembro de 2018

EXCELSIOR SEGUROS

25 SET 2018

—SEGURO-DP VAT.

HOBBS



Religion
Lectures



812081MA920H EE

EXCELSIOR SEGUROS

09 AGO 2018

SEGUROS

122 09194427

0291480/18



11 HOSP W190219

IIIIII

EXCELSIOR SEGUROS
09 AGO 2018
SEGURO DE VIDA

HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA

São José do Egito - PE

Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 18

Bairro: Antonio Marinho

Fone: (87)3844-1122 Cep: 56700-000

Data: 18/04/2018

Hora: 19:58:02

Cod. Paciente: 26230

Paciente:	FELIPE FEITOSA MUNIZ	Idade:	19
Atendimento:	ACIDENTE DE MOTO	Pa/Resp:	REGINALDO IRINEU MUNIZ
Mae:	MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ	Cor:	PARDA
Nascimento:	17/01/1999	Sexo:	M
Profissao:	AGRICULTOR(A)	Fone:	(87)99810-1705
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	Num.	229
Endereco:	AVENIDA ANTONIO BORJA	Identidade:	10669056 SDS PE
Bairro:	BORJA	Reg. Nasc.	
Cidade:	SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2813802		
C.N.S.:	209-7412-6904-0006		
CPF:			
Digitador:	ANA CAROLINE		

ANTECEDENTES: HAS CARDIOPATIAS DM OUTROS

HABITOS: FUMANTE ETILISTA USUARIO DE DROGAS

PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA
----	-------	------------	------------------	-------------

ESCALA DE DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊

LEVE MODERADA INTENSA

QUEIXA PRINCIPAL

Esboço de dor

<p>EVOLUÇÃO MÉDICA</p> <p>Ab. Mayo Exame Transtorno no dia 17/04 em consulta de auto-avaliação</p> <p>Dr. Rita Vasconcelos Valdeiros CPF 169.844.804-05 CRM 18.263 - Médico</p>	<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>Zilepuro 200mg Zilepuro 200mg</p> <p>Dr. Rita Vasconcelos Valdeiros CPF 169.844.804-05 CRM 18.263 - Médico</p> <p>EXCELSIOR SEGUROS 12 JUL 2018 SEGURO PRIVAT</p> <p>Confere com o original Data 02/05/18</p> <p>Jesus Adilson M. da Silva DPT: de Contas Médicas Mat. 33.019-1</p>
---	---

ASL-0254781/178
gabriella.machado.007
09/08/2018 15:42

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES: 2351633

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES: 2351833

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FELIPE FEITOSA MUNIZ

6 - NOME ATEND: FELIPE FEITOSA MUNIZ

7 - DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1999

8 - SEXO: Masculino

9 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): ANTONIO BORJA

10 - CID. 10 DO PROCEDEMENTO: 000155427

11 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS: PE 56700-000

12 - CID. 10 SECUNDÁRIO: 000155427

13 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS: PE 56700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO: TRAUMA TORAXIC, LAMENACAO TORACIC

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

21 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: 000155427

22 - CID. 10 SECUNDÁRIO: 000155427

23 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 000155427

ASL-0254781/178
gabriella.machado.007
09/08/2018 15:42

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: RESERVA

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0409050497

28 - CLÍNICA: 000155427

29 - DATA DA INTERNAÇÃO: 30/04/2018

30 - DOCUMENTO (CNES/CPI) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: 000155427

31 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE: 000155427

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE: 000155427

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/04/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO): 000155427

ASL-0254781/178
gabriella.machado.007
09/08/2018 15:42

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA: 000155427

36 - Nº DO BILHETE: 000155427

37 - Nº DO DOCUMENTO AUTORIZADO: 000155427

38 - COD. ORGÃO EMISSOR: 000155427

39 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 000155427

40 - MOTIVO DA ALTA: 000155427

41 - CNPJ DA EMPRESA: 000155427

42 - CNAE DA EMPRESA: 000155427

43 - CNBR: 000155427

44 - TIPO DE CONTRATO: 000155427

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

58 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

62 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

64 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

66 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

68 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

70 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

72 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

74 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

76 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

78 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

80 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

82 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

84 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

86 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

88 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

90 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

92 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

94 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

96 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

98 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

100 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

101 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

102 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

103 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

104 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

105 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

106 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

107 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

108 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

109 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

110 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

111 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

112 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

113 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

114 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

115 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

116 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

117 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

118 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

119 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

120 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

121 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

122 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

123 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

124 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

125 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

126 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

127 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

128 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

129 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

130 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

131 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

132 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

133 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

134 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

135 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

136 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

137 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

138 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

139 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

140 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

141 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

142 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

143 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

144 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

145 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

146 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

147 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

148 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

149 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

150 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

151 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

152 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

153 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

154 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

155 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

156 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

157 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

158 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

159 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

160 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

161 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

162 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

163 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

164 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

165 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

166 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

167 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

168 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

169 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

170 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

171 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

172 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

173 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

174 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

175 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

176 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

177 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

178 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

179 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

180 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

181 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

182 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

183 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

184 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

185 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

186 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

187 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

188 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

189 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

190 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

191 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

192 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

193 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

194 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

195 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

196 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

197 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

198 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

199 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 000155427

200 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 000155427

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603
Médico Autorizador
XIGERES

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento: _____
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: _____
 NOME DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 SEXO: MASCULINO
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996

IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996

IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996

IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996

IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: ASL-0254781/18
 NOME DO PACIENTE: gabriella.machado.001
 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/2018 15:48:41
 IDENTIFICADOR DO PACIENTE: 67998101795
 DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1996

EXCELSIOR SEGUROS
 12 JUL 2018
 SEGURADORIA

Lais Marina dos Santos
 ENFERMEIRA
 COREN - PE 383116

Cirurgia Realizada:

do Procedimento:

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Início:
Término:
2º Auxiliar:
Anestesista:

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Início:
Término:
2º Auxiliar:
Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DE VIDA

- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
① PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
② NO SECCO CAMPO ESTERIL
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
③ PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
④ FERRAÇO E PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
⑤ PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
⑥ PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
⑦ PUNTA
- ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
⑧ PUNTA

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

DECLARAÇÃO

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)
FELIPE FEITOSA MONTEIRO
Portador (a) do RG: 10669056 S.D.S.-PE e CPF: 47
residente e domiciliado (a) à (no)
AVENIDA ANTÔNIO BORJA Nº 229
Bairro: BORJA, S.J. EGITO - PE, deu entrada
nesta unidade hospitalar, no dia 18/05/2018 vítima de acidente
MOTOCICLISTICO conforme ficha/prontuário nº 26230. Informamos que a
(as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição do DPVAT para
quaisquer esclarecimentos.

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

São José do Egito-PE, 09 de MAIO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva
Departamento de Contas Médicas

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41

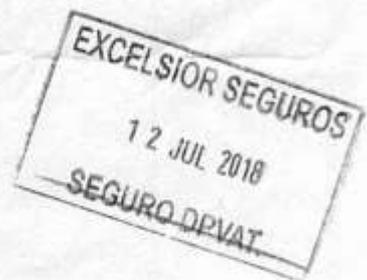
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Reginaldo Irineu Muniz,
RG nº 22.702.240-3, data de expedição 17/01/2004
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 668.261.444-68, com
domicílio na cidade de São José do Egito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av Antonio Berra, nº 229,
complemento Ap. 1/Incha, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Felipe Feitosa Muniz, cujo o condutor era
Maria Juana Feitosa Muniz.

Veículo: PAS/MOTOCICLE
Modelo: HONDA / NXR150 BROS ES
Ano: 2011/2011
Placa: NOD54841PB
Chassi: 9C2KD0550BR006428
Data do Acidente: 18-04-18
Local e Data: Serra Talhada 16/05/2018



X Reginaldo Irineu Muniz
Assinatura do Declarante



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

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)REGINALDO IRINEU MUNIZ
Dou fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:52h
En Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896-1P105201807.02408



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)REGINALDO IRINEU MUNIZ
Dou fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:52h
En Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896-1P105201807.02408

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.749/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe Feitosa Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.094.944/27 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Felipe Feitosa Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.094.944/27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: Rensou 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 Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87)99634-4907</u>

Serra Talhada de 26 de Junho de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Rua Vista Real, Pernambuco - CEP 51030-901
 CNPJ 10.896.932/0001-08 | Insc. Est. 002993-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA IVANIA FELTOZA MUNIZ

CPF 306.447.388-39 INSC. 20674126892

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIMENTO COM INRS
 Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ANTONIO BORJA 229 APARTAMENTO 1 ANDAR

SÃO BORGASÃO JOSÉ DO EGITO
 SÃO JOSÉ DO EGITO PE
 56700-000

CONTA/CONTRATO MÊS/ANO

7006817360 03/2018
 DATA DE VENCIMENTO
 20/03/2018 11/04/2018
 TOTAL DA FATURA (R\$) 173,99

R-CAMBIO/UNID	SERIE	EMISSÃO
000640610	UNICA	12/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/03/2018	2022921777	4142041

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23360927	7,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40047246	28,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,60070069	72,08
Consumo Ativo superior a 220 kWh	70,0000000	1,65745410	48,72
Contribuição Iluminação Pública			19,01
ICMS Substituição-CDE-Nº 001087309-141217			1,15

TOTAL DA FATURA 173,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUSÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
W27420	CAI	08/02/18	21786,00	13/03/18	24066,00	30	1,0000		24,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	10,00	24,00
PIS	0,65	1,56
COFINS	3,00	7,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	41,99	24,20%
Transmissão	4,57	2,63%
Distribuição (Cabo)	37,58	21,62%
Perdas de Energia	11,28	6,49%
Iluminação Pública	19,72	11,34%
Tráfego	48,72	28,03%
Total	173,99	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,23360927
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,40047246
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,60070069
 Consumo Ativo superior a 220 kWh: 1,65745410

RESERVAÇÃO FISCAL

CC02 013C AB1A 1AA5 9C33 7015 63F4 DF51

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota fiscal é emitida em nome de Maria Ivania Feltoza Muniz. Sua validade depende da correta identificação do consumidor. Caso haja qualquer alteração no endereço de entrega, o consumidor deve avisar a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) através do canal de atendimento ao cliente (119 44 41 02) ou diretamente no site (www.celpe.com.br). A responsabilidade pelo pagamento da fatura é do consumidor. O não pagamento da fatura poderá acarretar em corte de energia, podendo ocasionar danos materiais e pessoais. A responsabilidade pelo pagamento da fatura é do consumidor. Consulte o site (www.celpe.com.br) para mais informações.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

Condição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Valor	126,00	142,31
Valor	21,00	142,31

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem qualquer aviso prévio. Este consumo não substitui o aviso de débito emitido pelo sistema de cobrança de energia elétrica em atividade, portanto, consulte o site (www.celpe.com.br) para mais informações.

Para saber mais sobre a CELPE e seus serviços, entre em contato conosco pelo canal de atendimento ao cliente (119 44 41 02) ou diretamente no site (www.celpe.com.br). A responsabilidade pelo pagamento da fatura é do consumidor. O não pagamento da fatura poderá acarretar em corte de energia, podendo ocasionar danos materiais e pessoais. A responsabilidade pelo pagamento da fatura é do consumidor. Consulte o site (www.celpe.com.br) para mais informações.

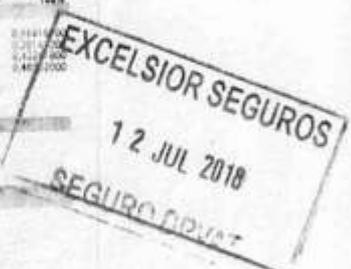
CLASSIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CLASSIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE QUINZENCIAL	LIMITE ANUAL
SAO JOSE DO EGITO	0,00	0,75	11,30	21,14
PER	0,00	3,41	6,82	13,64
DMC	0,00	3,37	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
220	202 - 231	

Letra DCE: 1322 EUR - Valor do preço de venda fixado - R\$



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Felipe Fritosen Muniz

CPF da Vítima

122.094.944-27

Data do Acidente

18/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

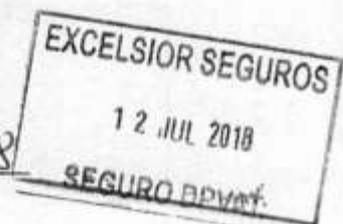
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serra Talhada 26 de Junho de 2018

Local e Data



X Felipe Fritosen Muniz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0254781/18

CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0258000610**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2018** às
10:13

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 18/4/2018 às 19:30**

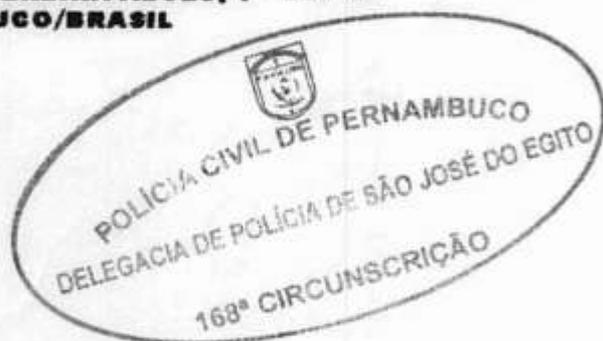
Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM JOSE PEREIRA ALVES, 1** - Bairro:
CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR \AGENTE)
REGINALDO IRINEU MUNIZ (OUTRO)
MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ (OUTRO)
FELIPE FEITOSA MUNIZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ



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

**FELIPE FEITOSA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IVANIA FEITOSA MUNIZ Pai: REGINALDO IRINEU MUNIZ Data de Nascimento: 17/1/1998**
Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **10669066/SDS/PE (RG),
12200404427 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- **87096279740**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 6 - Bairro: SAO BORJA - SAO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARINETE BEZERRA FEITOSA Pai: SEVERINO ALVES FEITOSA Data de Nascimento:
6/7/1974** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
366610719/SSP/SP (RG), 30644732239 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª.
GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87008101706**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 0 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

REGINALDO IRINEU MUNIZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

INDETERMINADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REGINALDO IRINEU MUNIZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NQD6484 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **330028232** Chassi: **9C2KD0550BR000428**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **HONDA/NXR-150 BROS ES**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL, A PESSOA DA VÍTIMA FELIPE FEITOSA MUNIZ, NOTICIANDO DE QUE FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, CONSTA QUE O MESMO CIRCULAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA HONDA/NXR-150 BROS ES, COM SUA GENITORA MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ, PELA RUA DOM JOSÉ PEREIRA ALVES, CENTRO DESTA CIDADE QUANDO DE REPENTE UM ADOLESCENTE DESCONHECIDO EM UMA BICICLETA FAZENDO MANOBRAS BRUSCAS (EMPINANDO) E PARA NÃO BATER NO REFERIDO ADOLESCENTE FEI OU BRUSCAMENTE E JOGOU A MOTO PARA O LADO CONTARIO, TENDO FELIPE SOFRIDO LESÕES LEVES PELO CORPO, CONFORME FICHA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO DO HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA, DIANTE DOS FATOS FOI REGISTRADO O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO.

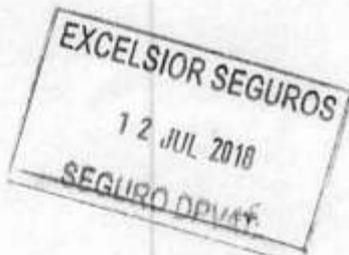
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Felipe Feitosa Muniz

FELIPE FEITOSA MUNIZ
(VITIMA)

MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ
(OUTRO)

B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 3209676**



CONFERE COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

122.094.944-27

Nome completo da vítima

Felipe Feitosa Muniz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Felipe Feitosa Muniz		CPF titular da conta 122.094.944-27	Profissão Agricultor
Endereço R. Antonio Borja		Número 229	Complemento Cp. Sander
Bairro São Borja	Cidade São José do Egito	Estado Pernambuco	CEP 56700-000
Email		Telefone (DDD) (81)99634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

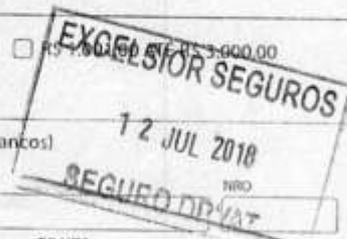
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1296 (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. 26.341 (Informar dígito se existir)	D/V 4
---	-----	---	----------

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)				



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SuaTalhada 26 de junho de 2018
Local e Data

X Felipe Feitosa Muniz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/05/2018

>> CONTA SEM MOVIMENTACAO NESTA DATA |MOVTO. E SALDO DO DIA

AG: 1296 - SAO JOSE DO EGITO OPER: 013 CONTA: PAG: 001 / 001
NOME: FELIPE FEITOSA MUNIZ LIMITE FLUTUANTE GIM: 26.341-4
DISPONIVEL.: 0,00 LIMITE CHEQUE AZUL:
SALDO TOTAL: 0,00 BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC HISTORICO VALOR

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. STS78554
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE FEITOSA MUNIZ
Nº Sinistro: 3180368259
Vitima: FELIPE FEITOSA MUNIZ
Data do Acidente: 18/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180368259**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13235215



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Nº Sinistro: 3180368259

Vitima: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180368259**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13221148



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Felipe Feitosa Muniz

portador(a) do documento de identidade nº 10.669.056, expedido por SDS/Pe, em

14, 08, 2017, inscrito no CPF sob o nº 122.094.944-27, residente na

AV Antonio Borja, nº 229

complemento AP. J Indar, Bairro São Borja, cidade

São José do Egito, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29, 05, 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

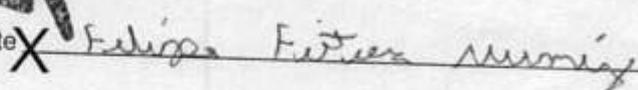
Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

 Serra Talhada 16 de 05 de 2018

Outorgante  Felipe Feitosa Muniz



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) FELIPE FEITOSA MUNIZ
Do fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln (IPSEP) de Serra Talhada - Oficial Substituto
TOTAL: 4,79
Selo(s): 0074896.1245201807.02407

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) FELIPE FEITOSA MUNIZ
Do fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade.
Abraão Lincoln (IPSEP) de Serra Talhada - Oficial Substituto
TOTAL: 4,79
Selo(s): 0074896.1245201807.02407

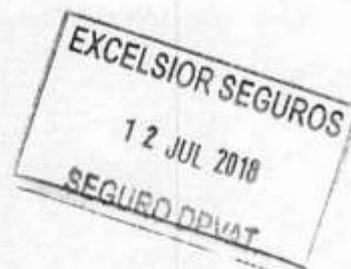
EXCELSIOR SEGUROS
12 JUN 2018
SEGURADOR

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 26 de Junho de 2018

X Felipe Fátima Nunes



EXCELSIOR SEGUROS
 1 2 JUL 2018
 SEGURO DE VIDA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

ROSARY DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC IDENTIFICAD. (CNPJ) EMPREGAD./EMPREGADO

687002 SDS PE

CIT. DE HABITACAO

081.394.744-25 19/08/1983

FAVORAO

SILVA
 SARA JOSE DE MENEZES
 SILVA
 SACRATO FERREIRA DA

PERMISSAO - ACC - COT. HAB. - BR

04935884409 18/11/2018 06/05/2010

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334

PRIMEIRO PLATINICA
 1017067334

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

LOCAL: GUARAPUAVA - PR
 DATA EMISSAO: 19/11/2014

ASSINATURA DO EMPREGADO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

PROPOSTA Nº: 470116455
 PROSEGUIMENTO Nº: 470116455

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
 São José do Egito - PE
 Rua Antonio Mariano da Sousa, n. 16
 Bairro: Antonio Marinho
 Fone: (87)3844-1192 Cep: 56700-000



Data: 16/04/2018 Hora: 19:56:02

Cod. Paciente: 26230

Paciente: **FELIPE FEITOSA MUNIZ** Idade: 19
 Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
 Mãe: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ Pai/Resp. REGINALDO IRINEU MUNIZ
 Nascimento: 17/01/1999 Cor: PARDA Sexo: M
 Profissão: AGRICULTOR(A) Fone: (87)99810-1795
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Endereço: AVENIDA ANTONIO BORJA Num. 229
 Bairro: BORJA
 Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613802
 C.N.S.: 209-7412-8904-0006 Identidade: 10669056 SDS PE
 CPF: Reg. Nasc.
 Digitador: ANA CAROLINE

ANTECEDENTES: HAS CARDIOPATIAS DM OUTROS

HABITOS: FUMANTE ETILISTA USUARIO DE DROGAS

PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA

ESCALA DE DOR

LEVE			MODERADA				INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
😊	😊	😊	😐	😐	😐	😐	😐	😐	😐	😐

QUEIXA PRINCIPAL

Escolmã

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Ab. Mayo
 Exame Tamegelo
 90 dias
 em acompanhamento do auto-falante*

Dr. Raimundo Vasconcelos Vasconcelos
 CPF 159.444.804-06
 CRM 18.253 - Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

*Zidovudina
 Zalcitabina*

Dr. Raimundo Vasconcelos Vasconcelos
 CPF 159.444.804-06
 CRM 18.253 - Médico

EXCELSIOR SEGUROS
 12 JUL 2018
 SEGURO DPVAT

Confere com o original
 Data 29/05/18

Jesus Adilson M. da Silva
 DPT: de Contas Médicas
 Mat. 33.019-1



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 30/04/2018		Nº Registro: 000155427	
Identificação do Paciente: FELIPE FEITOSA MUNIZ		RESERVA LEITO	
Data Nascimento: 17/01/1999	Idade: 19	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: REGINALDO IRINEU MUNIZ		Mãe: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ	
Endereço: ANTONIO BORJA		229	
Bairro: SAO BORJA	Cidade: SAO JOSE DO EGITO	Estado: PE	Telefone: (87) 99810-176

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito Acidente de Trabalho Outros Acidentes Agressão

Casual Outros

Local de Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

TRAUMA NZ @, CI PR e
 LESÃO FUNCIONAL.

Diagnóstico Inicial: fratura luxação NZ de

anamnese: trauma TPAE, acc. glenohumeral

Diagnóstico Final: SOLICITAE
 colheitas

CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada <input type="checkbox"/>	Decisão Médica <input type="checkbox"/>
Reiterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>

Data do Internamento: 30/04/18
 Data da Alta: 03/05/18
 Local: Antônio Rodrigues de Freitas
 CREA 7351
 CPF: 090.552.003-25

Óbito em: _____

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
 2 - CNES: 2351633
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL SÃO VICENTE
 4 - CNES: 2351633

EXCELSIOR SEGUROS

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO: 122.094.944-27
 NOME ATEND.: 12 JUL 2018
 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 209741269040006
 6 - SIS PRÉ NATAL: REGIÃO DE REGULACAO
 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 000155427
 9 - NOME DO PACIENTE: FELIPE FEITOSA MUNIZ
 10 - DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1999
 11 - SEXO: Masculino
 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ
 13 - TELEFONE DE CONTATO: (87) 99810-179
 14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): ANTONIO BORJA
 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SAO JOSE DO EGITO
 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: PE
 17 - UF: PE
 18 - CEP: 56700-000

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAUMA TORZ @, EL DR, ODEMA E LAMENACAO FUNCIONAL.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx / Ex. Tórax

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: LCAT - LUXACAO TORZ @

22 - CID 10 PRINCIPAL: S930
 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: /
 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: /
 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: /

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO CERVICAL

27 - CLÍNICA: RESERVA
 28 - CLÍNICA: RESERVA
 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 01
 30 - DOCUMENTO: [X] CNS [] CPF
 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 0408050497

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE: [Assinatura]
 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/04/2018
 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO): [Assinatura]
 CPF: 030.473.804-41
 CRM: 16328

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: [] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESEMPREGADO [] APOSENTADO [] NÃO SEGUADO
 36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
 37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
 38 - CNPJ DA SEGURADORA
 39 - Nº DO BILHETE
 40 - SÉRIE
 41 - CNPJ DA EMPRESA
 42 - CNAE DA EMPRESA
 43 - CBOR

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR: /
 47 - DOCUMENTO: [] CNS [] CPF
 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: /

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO BILHETE DO CONSELHO):
 Ilmo Perera de Andrade Melo
 CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603
 Médico Autorizador
 XI GERES
 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIB): 261810500798-
 MOTIVO DA ALTA: [Assinatura]
 CARATER DA INTERNAÇÃO: [Assinatura]
 DATA DA INTERNAÇÃO: 30/04/18
 DATA DA ALTA: 03/05/18



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

DATA DE EMISSÃO:
19/04/18 11:11

MÉDICO ATENDENTE:
ANDRÉ LUIS HENRIQUE PINTO PEIXOTO

Nº SOLICITAÇÃO:
438473

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
FELIPE FEITOSA MUNIZ

Nº DO HIGIENIZADO

CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
209741269040006

DATA DE NASCIMENTO:
17/01/1999

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL:
IVANIA FEITOSA MUNIZ

TELEFONE DE CONTATO:
87998101795

ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO):
AV. ANTONIO BORJA, 229

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SÃO JOSÉ DO EGITO

COD. INSC. MUNICÍPIO:
2613802.00

UF:
PE

CEP:
56700000

Dados sobre o Transporte

TIPO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
30/04/18 08:55

COMENTÁRIOS:

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS

TIPO LÉTO:
CIRURGICO

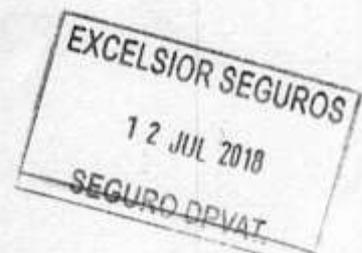
ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
30/04/18 08:41

MÉDICO AUTORIZADOR:



Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116

Cirurgia Realizada:

do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1° Auxiliar:

PEDRO A.

2° Auxiliar:

Anestesista:

ANDRÉ B.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO ODONT.

① PCTE EM ODY

② ASPIRATA / ANTISSEPTIA

③ ABO SICAÇÃO CAMPOS ESTREITOS

④ INCISÃO LATERAL TUK ④

⑤ REDUÇÃO CERVICAL

⑥ FIXAÇÃO CI PLACA TUBOS TUB.
+ PARAFUSOS

⑦ LHO CI STO, 9.

⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura d

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)
FELIPE FEITOSA MUNIZ
Portador (a) do RG: 10669056 SDS-PE e CPF: _____
residente e domiciliado (a) à (no)
AVENIDA ANTÔNIO BORJA, Nº 229,
Bairro: BORJA, S.J.-EGITO-PE, deu entrada
nesta unidade hospitalar, no dia 18/04/2018 vítima de acidente
MOTOCICLISTICO conforme ficha/prontuário nº 26.230. Informamos que a
(as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição do DPVAT para
quaisquer esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 09 de MAIO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva
Departamento de Contas Médicas

