

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIBAL 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

LOCAL DE NASCIMENTO
SÃO PAULO - SP

DOC. ORIGIN
<< CN. 487.331 LA719 F.249V CART.
29º SUBD. SÃO PAULO-SP, 06.05.1999 >>

CPF
122.094.944-27

ASSINATURA DO DIRETOR
S. PAULO, 07/07/2016

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JORNAL LITEL

FELIPE FEITOSA MUNIZ

17/01/1999

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2016
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 nº 9.613/98.

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 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 Berra, nº 229,
complemento Ap. 1º Andar, 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 Ivania Feitosa Muniz.

Veículo: PAS/MOTOCICLE
Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES
Ano: 2011/2011
Placa: NOD 5484 / PB
Chassi: 9C2KD0550B006428
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-UFPE/05201807.02408



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-UFPE/05201807.02408



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 52050-802
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Ins. Est. 002943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA IVANIA FEITOZA MUNIZ

CPF 306.447.388-39 INSC. 20674126892

CLASSIFICAÇÃOBT RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO
Monofásico**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**AV ANTONIO BORJA 229 APARTAMENTO
1 ANDARSAO BORGASAO JOSE DO EGITO
SAO JOSE DO EGITO PE
56700-000

CONTA/CONTRATO: 7006817360

MÊS/ANO: 03/2018

DATA DE EMISSÃO: 20/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 11/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$): 173,99

TOTAL A PAGAR (R\$): 173,99

CONTA/CONTRATO	SERIE	EMISSÃO
7006817360	LNICA	12/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/03/2018	2002921777	4142041

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23360892	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 Subvenção-CDE-Nº 001007309-14/12/17			1,15

TOTAL DA FATURA

173,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE CONSTANTES	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
607420	CAI	06/02/2018	21 786,00	14/03/2018	24 066,00	30	1,0000	26,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
MAR 18 250
FEV 18 243
JAN 18 238
DEZ 17 234
NOV 17 248
OCT 17 265
SET 17 266
AGO 17 250
JUL 17 240
JUN 17 242
MAY 17 233
ABR 17 233
MAR 17 278

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	10,00	26,00
PIS	0,65	1,39
COFINS	3,00	6,60

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	41,89	24,28%
Transmissão	4,57	2,63%
Distribuição (Cabo)	37,58	21,61%
Perdas de Energia	11,26	6,45%
Iluminação Pública	19,72	11,31%
Tributos	48,72	27,72%
Total	173,99	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,23360892
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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão desta nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), criada pela Lei nº 10.438, de 26/04/2002, e regulamentada pelo Decreto nº 6.937, de 25/08/2009. A tarifa de energia elétrica é composta por: tarifa de energia elétrica (TSEE), tarifa de iluminação pública (TIP), tarifa de distribuição (TDE), tarifa de transmissão (TTE), tarifa de geração (TGE), tarifa de perdas (TPE), tarifa de encargos (TE), tarifa de impostos (TI), tarifa de contribuições (TC), tarifa de custos (CT), tarifa de despesas (TD), tarifa de outros (TO), tarifa de serviços (TS), tarifa de manutenção (TM), tarifa de reparação (TR), tarifa de substituição (TSU), tarifa de transporte (TT), tarifa de armazenagem (TA), tarifa de embalagem (TEB), tarifa de frete (TF), tarifa de seguro (TSO), tarifa de armazenagem (TA), tarifa de embalagem (TEB), tarifa de frete (TF), tarifa de seguro (TSO).

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Condição de pagamento (DCT, DCTC ou DCTD)	Valor (R\$)
Vencido	126,98
Em aberto	142,31
Total	269,29

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, sem que você seja avisado previamente. Os registros de restrição de crédito do DCT e DCTC, com a exceção nacional, são consultados automaticamente e não são sujeitos a qualquer alteração. Este consumo não é sujeito a qualquer restrição de crédito.

CONTAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				
CONTAÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE INTERMEDIÁRIO
SAO JOSE DO EGITO	0,00	0,79	11,39	21,14
PE	0,00	3,40	6,95	13,70
IMMO	0,00	3,37	0,00	0,00

Linha DCT: 12,22 DCTD: Valor de energia de tarifa social - 1,15

Na data de emissão desta nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), criada pela Lei nº 10.438, de 26/04/2002, e regulamentada pelo Decreto nº 6.937, de 25/08/2009. A tarifa de energia elétrica é composta por: tarifa de energia elétrica (TSEE), tarifa de iluminação pública (TIP), tarifa de distribuição (TDE), tarifa de transmissão (TTE), tarifa de geração (TGE), tarifa de perdas (TPE), tarifa de encargos (TE), tarifa de impostos (TI), tarifa de contribuições (TC), tarifa de custos (CT), tarifa de despesas (TD), tarifa de outros (TO), tarifa de serviços (TS), tarifa de manutenção (TM), tarifa de reparação (TR), tarifa de substituição (TSU), tarifa de transporte (TT), tarifa de armazenagem (TA), tarifa de embalagem (TEB), tarifa de frete (TF), tarifa de seguro (TSO), tarifa de armazenagem (TA), tarifa de embalagem (TEB), tarifa de frete (TF), tarifa de seguro (TSO).

NÍVEL DE TENSÃO		
C (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO DO	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DCTAT

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 Fritosa 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

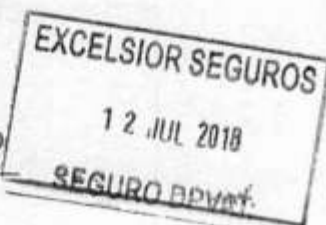
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 Fritosa 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),
12209494427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87896279740**

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: 1º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87898101766**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 6 - 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: **NQD5484** (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 FEIOU 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.

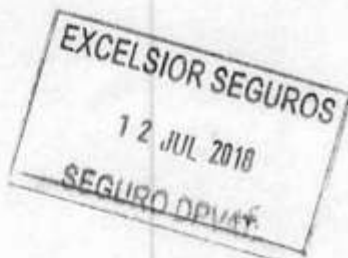
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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

Nome completo da vítima

122.094.944-27

Felipe Feitosa Muniz

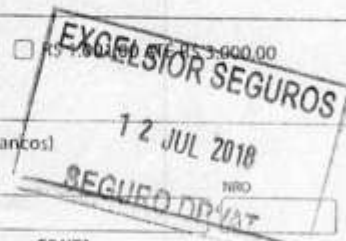
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Felipe Feitosa Muniz</i>		CPF titular da conta <i>122.094.944-27</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
Endereço <i>R. Antonio Borja</i>	Número <i>229</i>	Complemento <i>Ad. 1 andar</i>	
Bairro <i>São Borja</i>	Cidade <i>São José do Egito</i>	Estado <i>Pernambuco</i>	CEP <i>56700-000</i>
Email		Telefone (DDD)	<i>(81)99634-4907</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. <i>1296</i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <i>26.341</i> D/V <i>4</i> (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <i></i>		AGÊNCIA NRO. <i></i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <i></i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <i></i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <i></i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <i></i> D/V <i></i> (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.

Serra Talhada 26 de junho de 2018
Local e Data

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

PAG: 001 / 001

AG: 1296 - SAO JOSE DO EGITO

OPER: 013

CONTA:

26.341-4

NOME: FELIPE FEITOSA MUNIZ

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.:

0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL:

0,00

BLOQUEADO:

0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE FEITOSA MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000026341-4

Nr. da Autenticação DD8A7A8738ABD67A

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

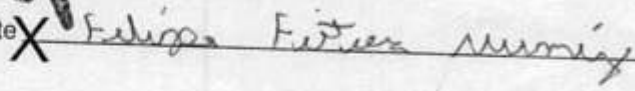
Rua Francisco Olavo, nº 110

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
Dou fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade,
Abraão Lincoln (Pai) de Aguiar - Oficial Substituto
TÍTULOS: 4, 7, 9 - VALOR: 4, 7, 9 - VALOR: 4, 7, 9
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

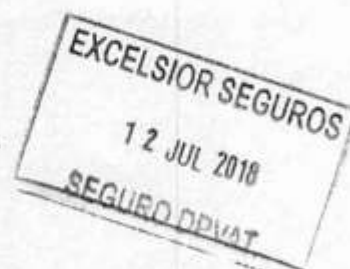
Assinatura:

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
12 JUL 2018
SEGURO DE VIDA

[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIBAL 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

LOCAL DE NASCIMENTO
SÃO PAULO - SP

DOC. ORIGIN
<< CN. 487.331 LA719 F.249V CART.
29º SUBD. SÃO PAULO-SP 06.05.1999 >>

CPF
122.094.944-27

ASSINATURA DO DIRETOR
S. P. 116 DE 29/08/03

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JORNAL LITEL

FELIPE FEITOSA MUNIZ

17/01/1999

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, sequela consequente ao trauma na qual foi observada cicatriz cirúrgica de mais ou menos 10cm de 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

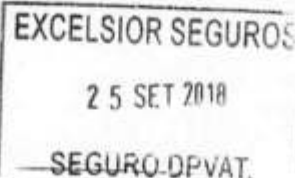
Atenciosamente

Médico
CRM-PE: 23409

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

Serra Talhada, 20 de setembro de 2018



HERNANDEZ

1911

Retired
California

1911

812081MA920H EE

EXCELSIOR SEGUROS

09 AGO 2018

SEGURO

122 09194427

0291480/18



EXCELSIOR SEGUROS
09 AGO 2018
SEGURO EDUAT

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

Idade: 19

Paciente: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Mae: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ

Nascimento: 17/01/1999

Profissão: AGRICULTOR(A)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Endereço: AVENIDA ANTONIO BORJA

Bairro: BORJA

Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2813802

C.N.S.: 208-7412-6904-0006

CPF:

Digitador: ANA CAROLINE

Ps/Resp: REGINALDO IRINEU MUNIZ

Cor: PARDA

Sexo: M

Fone: (87)99810-1705

Num. 229

Identidade: 10689056 SDS PE

Reg. Nasc.

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

Fratura de braço

EVOLUÇÃO MÉDICA

Ab. Mayo
Exame Traqueal
Exame de
Exame de

Dr. Raul Vasconcelos Vasconcelos
CPF 108.844.804-05
CRM 18.263 - Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Raul Vasconcelos Vasconcelos
CPF 108.844.804-05
CRM 18.263 - Médico

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO PRIVAT

Confere com o original
Data 09/05/18

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

Hospital São Vicente

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

NT Registro: 000155427
RESERVA
LEITO

Data do Atendimento: 30/04/2018
Identificação do doente: FELIPE FEITOSA MUNIZ
Data de Nascimento: 17/01/1999
Idade: 19
Sexo: Masculino
Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)
Profissão: AGRICULTOR
Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO
Nacionalidade: Brasileira
Filiação: REGINALDO IRINEU MUNIZ
Mãe: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ
Endereço: ANTONIO BORJA 229
Bairro: SAO BORJA
Cidade: SAO JOSE DO EGITO
Estado: PE
Telefone: (87) 99810-175

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:
Acidente de Trânsito: ☐
Acidente de Trabalho: ☐
Outros Acidentes: ☐
Agressão: ☐
Casual: ☐
Outros: ☐

Telefone para Contato:

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

EXAME FÍSICO

Unidade Funcional

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

Diagnóstico Inicial: Fricção lateral de 2º grau

oficina TPAG, oficina de...

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

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

CONDIÇÃO DE ALTA: MOTIVO DA ALTA

Medicada: ☐
Externo: ☐
Recado: ☐
Alto: ☐
Gasto: ☐

Decisão Médica: ☐
Alta a Pedido: ☐
Transferência: ☐
Evasão: ☐
Indisciplina: ☐

Data do Internamento: 09/05/12
Data da Alta: 09/05/12
Local: Antônio Rodrigues de Freitas
CRA 7351
CPF: 050.552.003-25

Óbito em: ☐

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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	
Identificação do Paciente			
5 - NÚMERO DO DOCUMENTO 122.094.944-27		6 - NOME ATEND. EXCELSIOR SEGUROS	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 209741269040006		8 - SIS PRE NATAL SEGUROS	
9 - NOME DO PACIENTE FELIPE FEITOSA MUNIZ		10 - DATA DE NASCIMENTO 17/01/1999	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ		12 - SEXO Masculino	
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) ANTONIO BORJA		14 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99810-179	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SAO JOSE DO EGITO		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE 56700-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO TRAUMA TNR 15/08/2018, ODONTOLAMENÇÃO FRACIONAL.			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
18 - EXAME PRINCIPAL TRAUMA TNR 15/08/2018			
19 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 20 - CID. 10 SECUNDÁRIO 21 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRAUMA TNR 15/08/2018		23 - COD. DO PROCEDIMENTO 0409050497	
24 - CLÍNICA RESERVA		25 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/04/2018	
26 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE Gabriella Machado		27 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) [Assinatura]	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
28 - NÚMERO DE TRÂNSITO ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ACIDENTE DE TRABALHO TRAETO		29 - CNPJ DA SEGURADORA 30 - Nº DO BILHETE 31 - CNPJ DA EMPRESA 32 - CNAE DA EMPRESA 33 - CIDR	
AUTORIZAÇÃO			
34 - COD. ORGÃO EMISSOR 35 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 36 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CID) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 37 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) 38 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 39 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) 40 - DATA DA ALTA		41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CID) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 42 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) 43 - DATA DA ALTA	

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

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

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

Nome do Paciente: MARIA FEITOSA MUNIZ
 Nome do Médico: ANTONIO BORJA, 229
 Data de Nascimento: 17/01/1992
 Sexo: MASCULINO
 Número de Identificação: 67995101795
 Data de Emissão: 30/04/18 08:58

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

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

Nome do Paciente: ANTONIO BORJA, 229
 Nome do Médico: ANTONIO BORJA, 229
 Data de Nascimento: 17/01/1992
 Sexo: MASCULINO
 Número de Identificação: 67995101795
 Data de Emissão: 30/04/18 08:58

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

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

Nome do Paciente: ANTONIO BORJA, 229
 Nome do Médico: ANTONIO BORJA, 229
 Data de Nascimento: 17/01/1992
 Sexo: MASCULINO
 Número de Identificação: 67995101795
 Data de Emissão: 30/04/18 08:58

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

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

Nome do Paciente: ANTONIO BORJA, 229
 Nome do Médico: ANTONIO BORJA, 229
 Data de Nascimento: 17/01/1992
 Sexo: MASCULINO
 Número de Identificação: 67995101795
 Data de Emissão: 30/04/18 08:58

Cirurgia Realizada:

do Procedimento:

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Início:
Cirurgião:
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
Anestesista:

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO ODONT

ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes inferiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.
ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes superiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.
ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes inferiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.
ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes superiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.
ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes inferiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.
ASL-0254781/18
gabriella.machado.001
09/08/2018 15:48:41
Cirurgia de extração de dentes superiores permanentes com anestesia geral e sedação consciente.

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)
FELIAE FEITOSA MONIZ
Portador (a) do RG: 10669056 S.DS-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 18/08/2018 vítima de acidente
MOTOCICLISTA conforme ficha/prontuário nº 26239. 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. 1º Andar, 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 Ivania Feitosa Muniz.

Veículo: PAS/MOTOCICLE
Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES
Ano: 2011/2011
Placa: NOD 5484 / PB
Chassi: 9C2KD0550B006428
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-UFPE/05201807.02408



Cartório de Registro de Imóveis nº 32
Rua Maria Oliveira, 32
Fone: 3333-3333
End: Av. do Lincoln, 100 - 1º Andar

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 nº 9.613/98.

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.

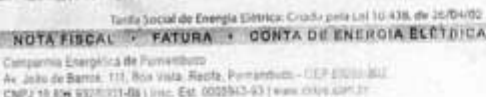
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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 26 de Junho de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ANTONIO BORJA 229 APARTAMENTO -
1 ANDAR

SÃO BERNARDO DO EGITO
SÃO JOSÉ DO EGITO PE
56704-100

CONTA CONTRATO: ME 51400

7006817380	03/2018
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
20/03/2018	11/04/2018
DATA A PAGAR (R\$)	
	173,98

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23060892	7,02
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40047246	28,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	130,0000000	0,90070069	72,08
Consumo Ativo superior a 220 kWh	70,0000000	1,68745410	48,72
Contribuição Ruminação Pública			19,01
ICMS Subvenção - CCE-NF 091067309-14/12/17			1,15

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
601420	CA1	06/02/2019	21 788,00	14/02/2019	24 066,00	30	12000		28,00

TECNICOLOGICO DE CONTINUO

INFORMAZIONE DI TRIBUTI

См. также: [Андрей Воронцов](#)

Período	Valor	ICMS	PIS	COFINS	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Descrição do Imposto	Valor
Mar 18	250				153,92	25,00	38,48	Geração de Energia	25,00
Mar 18	240				153,92	0,62	1,36	Transmissão	0,62
Mar 18	228				153,92	2,81	6,20	Distribuição (Cogen)	2,81
Jul 17	204							Preços de Energia	11,28
Nov 17	248							Energia Isentada	13,74
Out 17	282							Tributação	45,72
Set 17	266							Total	152,82
Agô 17	258							TARIFAS APLICADAS	
Jul 17	246								2,14411%
Jun 17	242								2,21142%
Mai 17	231								2,14111%
Abr 17	233								2,44511%
Mar 17	226							RESERVAÇÃO FISCAL	
CC02 G13C AB1A 1A46 9C32 7015 03F4 DF 51									

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Informações sobre a instituição e o curso de graduação: www.fgva.br. Sobre o curso de graduação em Medicina, ver: www.fgva.br. O conteúdo completo da publicação pode ser acessado no endereço eletrônico: www.fgva.br. Informações sobre a instituição e o curso de graduação: www.fgva.br. Sobre o curso de graduação em Medicina, ver: www.fgva.br. O conteúdo completo da publicação pode ser acessado no endereço eletrônico: www.fgva.br.

ATENÇÃO: A CELF INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Consumatore medio (preparato da 1, 2, 3, 4, 5 o 6 mesi)					
Verde	Grigio	Violet	Rosato	Grigio	Violet

Em cada de não pagamento do produto, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ser apreendida a fatura regularizada de entrega de crédito do SPG e COFASA, com a exigência nacional. Este compromisso não substitui o envio de recibos anteriores e bem como não garante o envio de recibos anteriores, podendo ser cancelado antes o fornecimento.

[illegible]

VARIAÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CONTRACT	100% APPROVED	100% REVIEWED	100% COMPLETED	100% BIDDING
WFL	0.00	0.79	11.38	21.14
FLC	0.00	3.41	0.00	13.10
DMC	0.00	0.00	0.00	0.00

Linda DeChen 1322 BUIP, Value at Risk for an Underfunded Pension Plan 1325

NITROGEN DEFICIENCY

TENSÃO SECUNDÁRIA (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO DO	
	ATUAL	MAIOR
220	202	231

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO PRIVAT

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

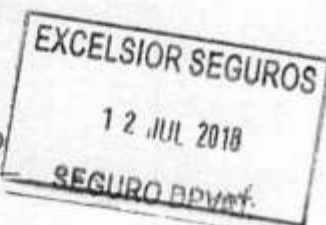
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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),
12209494427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87896279740**

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: 1º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87898101766**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 6 - 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: **NQD5484** (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 FEIOU 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.

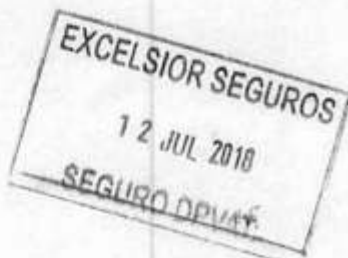
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Felipe Feitosa Muniz

FELIPE FEITOSA MUNIZ
(VÍTIMA)

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

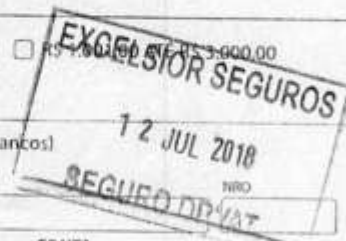
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Felipe Feitosa Muniz		CPF titular da conta	122.094.944-27		Profissão	Agricultor	
Endereço	R. Antonio Borja		Número	229		Complemento	Cp. 1 andar	
Bairro	São Borja		Cidade	São José do Egito		Estado	Pernambuco	
Email			CEP	56700-000		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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome: _____			
AGÊNCIA NRO. 1296 D/V. _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 26.341 D/V. 4 (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.

Santa Tereza 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:

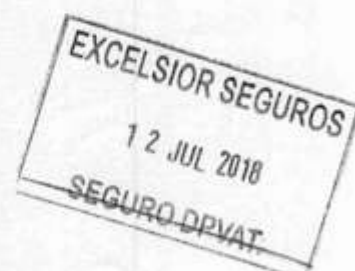
0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

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



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



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
Dou fe. São José do Egito, terça-feira, 5 de junho de 2018 - 11:51h
Em Testemunho da verdade,
Abraão Lincoln Rafael de Aguiar - Oficial Substituto
TÍTULOS: 4, 7, 9 - VALOR: 100,00 - COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896.1245201807.02407

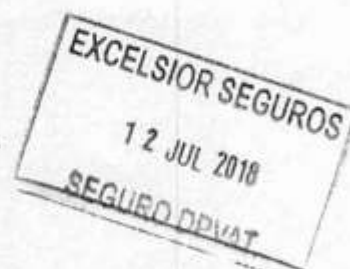


DECLARAÇÃO

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
12 JUL 2018
SEGURO DE VIDA

[illegible]



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

SAO JOSE
MINHA CIDADE

Data: 18/04/2018 Hora: 19:56:02

Cod. Paciente: 26230

Paciente: FELIPE FEITOSA MUNIZ

Idade: 19

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Mae: MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ

Pai/Resp. REGINALDO IRINEU MUNIZ

Nascimento: 17/01/1999

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissao: 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

Exatidão

EVOLUÇÃO MÉDICA

AL. MAYO
Exatidão
Exatidão
Exatidão
Exatidão

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Zidovudina
Zidovudina

Dr. Raul 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: Brasileira
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) 99810-179

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐
Casual ☐ Outros ☐

Fonte:

Telefone para Contato:

Local de Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

TRAUMA TIZ @, CI PR e
LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Diagnóstico Inicial

fractura luxação TIZ de

Nome do Paciente

Nome do Médico

Assinatura

oficinas TPAG, area. Clinica de

SOLICITAÇÃO

colaboração

Diagnóstico Final

CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA

Melhorada <input type="checkbox"/>	Decisão Médica <input type="checkbox"/>
Estabilizado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>
Óbito+40h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>

Óbito em: / /

Data do Internamento: 30/04/18

Data da Alta: 03/05/18

Local:

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 090.552.003-25

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

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

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

Rx / Ex. Boto

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LCAT - LUXACAO TORZ @

22 - CID 10 PRINCIPAL

5930

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO COTIZACAO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408050497

28 - CLÍNICA

RESERVA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01

30 - DOCUMENTO

IX | CNS | CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/04/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Carla Maria Pereira Ferreira
CPF: 030.473.804-41
CRM: 18328

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO | EMPREGADOR | AUTÔNOMO | DESEMPREGADO | APOSENTADO | NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810500798

MOTIVO DA ALTA:

CARATER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA:

Pernambuco

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

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

MÉDICO SOLICITANTE:
ANDRÉ LUIS HENRIQUE PINTO PEIXOTO

DATA DA SOLICITAÇÃO:
19/04/18 11:11

Nº SOLICITAÇÃO:
438473

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
FELIPE FEITOSA MUNIZ

CARTÃO 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, BAIRRO):
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

ORIENTAÇÃO:

OBSERVAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS

TIPO DE LESÃO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
30/04/18 08:41

MÉDICO AUTORIZADOR:

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT

Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116

Cirurgia Realizada:

* do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1° Auxiliar:

2° Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DDVT

① PCTE EM DDV

② ASERIA / ANTISEPSIA

③ ASERIA CAMPOS ESTERILIZADOS

④ INCISÃO LATERAL NOZ ①

⑤ REDUÇÃO CRANIAL

⑥ FIXAÇÃO CI PLACA TORNILHOS TUB.
+ PARAFUSOS

⑦ LHO CI FIO, S.

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

