



08/07/2020

Número: **0000930-77.2019.8.17.3340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de São José do Egito**

Última distribuição : **17/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FELIPE FEITOSA MUNIZ (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64371878	08/07/2020 16:04	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

10.669.056

DATA DE  
EXPIRACÃO

14/08/2017

INSCRIÇÃO

<< FELIPE FEITOSA MUNIZ >>

PRIMEIRO  
NOME

<< REGINALDO IRINEU MUNIZ >>

SEGUNDO  
NOME

<< MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ >>

LOCALIDADE

SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO

17/01/1999

DOC. ORIGINÁRIO

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

CPF

122.094.944-27

ASSINATURA DO DIRETOR

GUARDE BEM

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

FELIPE FEITOSA MUNIZ

17/01/1999

CARTÃO 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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. Gualberto 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 Invalididez 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: Rensar 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. Gualberto  
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



## 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. 17/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 Ivania 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  
Em Testemunho da verdade.  
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto  
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896 LP05201807.02408



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  
Em Testemunho da verdade.  
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto  
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896 LP05201807.02408





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, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 53050-902  
CNPJ 10.850.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 388 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

**PERÍODO DE FATURAMENTO**  
DE 23/02/2018 A 23/03/2018  
**CODIGO DE FATOR** UNICA  
**VALOR DE FATOR** 2000138268  
**VALOR DE FATOR** 3672821

**CODIGO DE FATOR** 2278076019  
**DATA DE EMISSÃO** 02/2018  
**DATA DE VENCIMENTO** 02/03/2018  
**DATA DE PAGAMENTO** 26/03/2018  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 210,32

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
CONSUMO ATIVO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição Iluminação Pública	295,0000000	0,00745604	190,59
ICMS Substituição - CDE-NE 003194263-27/12/17			7,39
Multa por atraso-NE 003194263-27/12/17			2,53
Juros por atraso-NE 003194263-27/12/17			4,38
Atualização ICMS-NE 003194263-27/12/17			1,86
PRO-CRIANÇA (081)3412-8960 0800 031 8960			1,77
			0,66

**TOTAL DA FATURA**

DEMONSTRATIVO DE GÊNESE DA NOTA FISCAL									
Nº DO MESOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTATANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30101811	CA1	25-01-2018	19 224,00	23-02-2018	11 608,00	26	1,0000		206,00

Mês/Consumo (kWh)		VALOR DE CÁLCULO		VALOR DE CÁLCULO		CARGO DE ENERGIA	
Fev 18	359	ICMS	190,59	26,00	47,84	Transmissão	R\$ 21,33 27,80%
Mar 18	326	PIS	190,59	0,87	1,06	Distribuição (Celpe)	R\$ 6,83 2,85%
Dez 17	340	COPAS	190,59	2,80	4,36	Perdas de Energia	R\$ 13,87 7,37%
Nov 17	352					Energia Setorial	R\$ 17,51 8,19%
Out 17	362					Tributação	R\$ 51,57 24,16%
Set 17	378					Total	R\$ 190,59 100%
AGO 17	327						
Jul 17	300						
Jun 17	284						
Mai 17	312						
Abr 17	282						
Mar 17	370						
Fev 17	326						

5411.85DC 43AD 5FDD 15AF 34DC E413 2FCD

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
No caso de fatura a ser paga em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br. O Cliente é responsável por manter a continuidade individual ou coletiva de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (duas por cento) ao mês, de acordo com o Regulamento de Tarifas e Preços da CELPE. O Cliente é responsável por manter a continuidade individual ou coletiva de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (duas por cento) ao mês, de acordo com o Regulamento de Tarifas e Preços da CELPE. O Cliente é responsável por manter a continuidade individual ou coletiva de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (duas por cento) ao mês, de acordo com o Regulamento de Tarifas e Preços da CELPE.

ATENÇÃO: CELPE E/OU QUALQUER OUTRO FORNECEDOR DE ENERGIA					
Consumo e o valor pago (R\$) (valor de energia elétrica)					
YVES	2302018	Valor	207,37	Valor	
YVES	01/02/18	Valor	207,37	Valor	
<p>Em caso de pagamento de crédito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de inadimplência de crédito de energia elétrica, com as consequências previstas no Regulamento de Tarifas e Preços da CELPE.</p>					
VALOR DE CÁLCULO		VALOR DE CÁLCULO		VALOR DE CÁLCULO	
QUANTIDADE	VALOR	QUANTIDADE	VALOR	QUANTIDADE	VALOR
DCE	1,48	6,43	10,86	21,73	
PRO	3,00	3,36	6,73	13,46	
DEMO	0,87	3,11	0,00	0,00	
Linha DCE 12,37		Linha DCE 12,37		Linha DCE 12,37	

**EXCELSIOR SEGUROS**  
12 JUL 2018  
SEGURO DPVAT







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 Furtoso 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

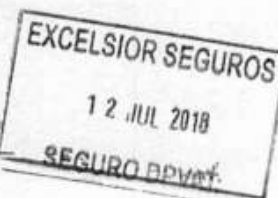
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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 Furtoso Muniz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



025478118

CONFERE COM  
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA 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: 19669956/SDS/PE (RG),  
12288494427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:  
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87896279748**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 8 - 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:  
8/7/1974 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
368610719/SSP/SP (RG), 38644738839 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª.  
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87888101768**





Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 228 - 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 GARONA 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.**

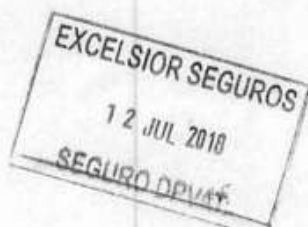
#### Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Felipe Feitosa Muniz*

**FELIPE FEITOSA MUNIZ  
(VITIMA)**

**MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ  
(OUTRO)**

B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 3809676**



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

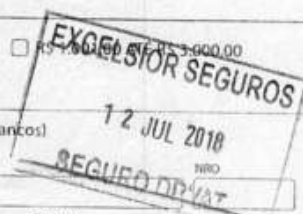
**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Felipe Feitosa Muniz		CPF titular da conta	122.094.944-27	Profissão	Agricultor
Endereço	R. Antonio Borges		Número	229	Complemento	Ap. 1 andar
Bairro	São Borja	Cidade	São José do Egito	Estado	PE	CEP
Email				Permanuço	56900-000	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\$ 1.000,00 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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 1296 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 26.341 D/V 4 (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome <b>AGÊNCIA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)			
<b>CONTA</b> 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.

SantaTaliada 26 de junho de 2018  
Local e Data

x Felipe Feitosa Muniz  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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



05/2018 Time: 13:00:10



# 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](http://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 Braga, nº 229

complemento Ad. J Indai, Bairro São Braga, 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.

**Amplos 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 Paesel de Azevedo - Oficial Substituto  
Total: 4,79 s/m. N.º 5121807.02407  
Selo(s): 0074896.02407



## 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:**

*Talita Fonseca Medeiros*

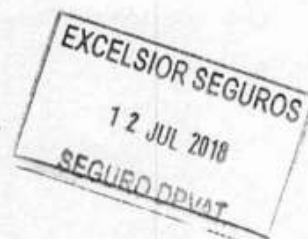


## DECLARAÇÃO

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



[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

10.669.056

DATA DE  
EXPIRACÃO

14/08/2017

INSCRIÇÃO

<< FELIPE FEITOSA MUNIZ >>

PLANO

<< REGINALDO IRINEU MUNIZ >>

<< MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ >>

MAIORIDADE

SÃO PAULO - SP

17/01/1999

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

CAU: R. S. DU. 118

02R-38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LOMAS 6304

FELIPE FEITOSA MUNIZ

17/01/1999

122.094.944-27

CARTÃO 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 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..*

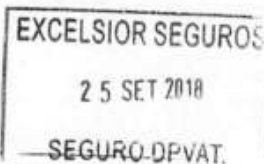
*OBS: Quadro clínico descrito foi colhido e avaliado exclusivamente no dia de hoje. Podendo variar com o passar dos dias.*

**Dr. Ricardo Bruno** Atenciosamente  
Médico  
CRM-PE: 23409

**Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva**

**CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992**

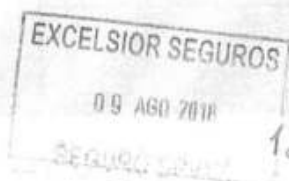
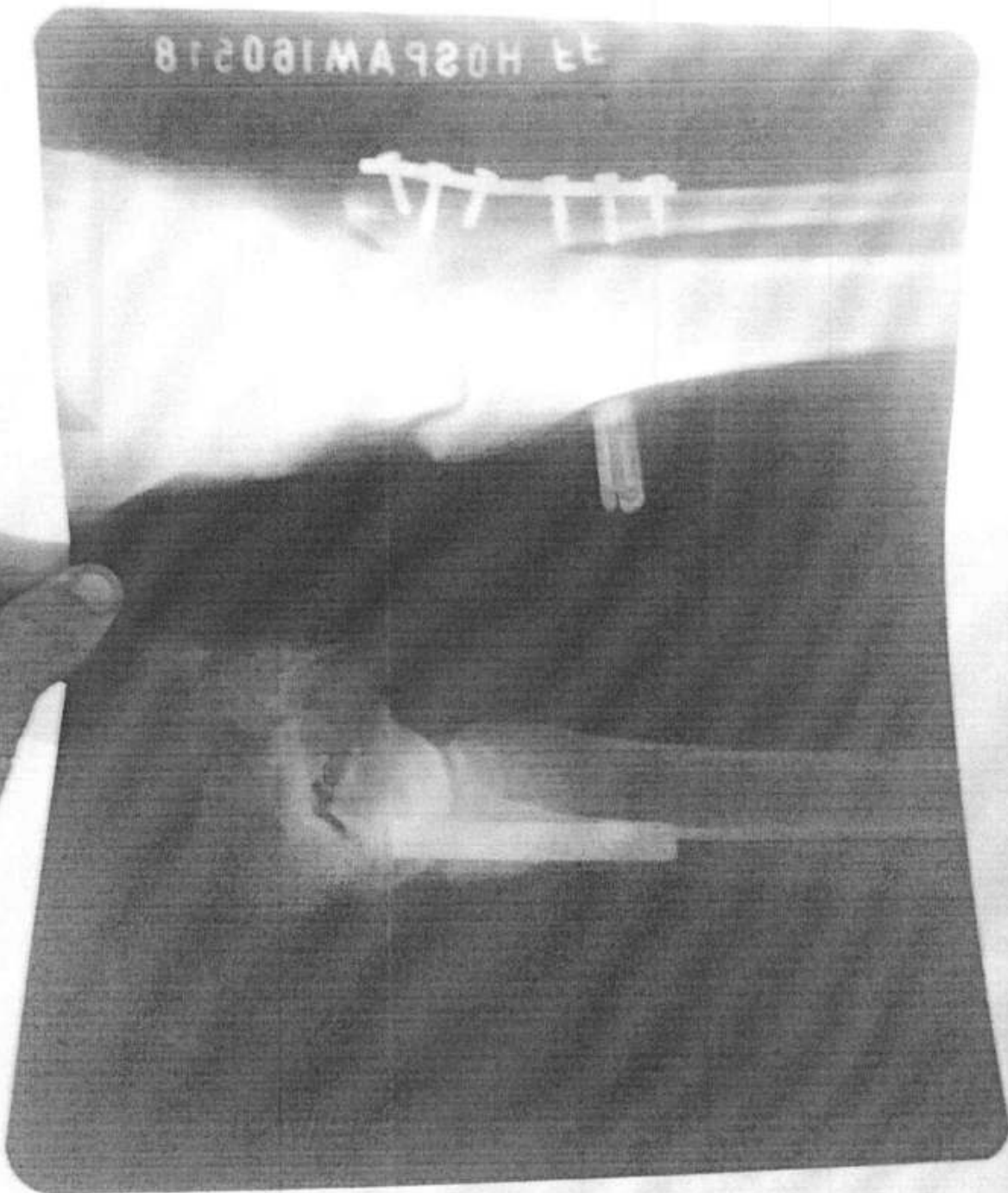
**Serra Talhada, 20 de setembro de 2018**





Arquivo  
Pessoa





122 09194627  
0291480/18





EXCELSIOR SEGUROS  
09 AGO 2018  
SEGURO DE VIDA



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA

São José do Egito - PE

Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16

Bairro: Antonio Marinho

Fone: (87)3544-1192 Cep: 55700-000

Data: 18/04/2018 Hora: 19:58:02

Cod. Paciente: 26230

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 - 55700-000 - 2813802

C.N.S.: 209-7412-6904-0006

CPF:

Digitador: ANA CAROLINE

Pa/Resp: REGINALDO IRINEU MUNIZ

Cor: PARDA

Sexo: M

Fone: (87)99810-1795

Num. 229

Identidade: 10659056 SDS PE

Reg. Nasc.

ANTECEDENTES: ☐ HAS ☐ CARDIOPATIAS ☐ DM ☐ OUTROS

HABITOS: ☐ FUMANTE ☐ ETILISTA ☐ USUARIO DE DROGAS

PA PULSO RESPIRAÇÃO GLUCEMIA CAPILAR TEMPERATURA

ESCALA DE DOR

LEVE

MODERADA

INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUEIXA PRINCIPAL

Escalada

EVOLUÇÃO MÉDICA

AB. MOTO  
Elevado Tansigelo  
co diário  
Incomum, do odo auto p. lista

Dr. Raul Vasconcelos Vasconcelos  
CPF 149.844.004-06  
CRM 18.263- Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Relatório  
Dr. Raul Vasconcelos Vasconcelos  
CPF 149.844.004-06  
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





Data do Atendimento: 30/04/2018		Nº Registro: 000155427	
Identificação do do Pol. 99999 FELIPE FEITOSA MUNIZ		RESERVA	
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) 99810-179
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito: [ ]		Acidente de Trabalho: [ ]	
Casual: [ ]		Outros: [ ]	
Agressão: [ ]		Outros Acidentes: [ ]	
Telefone para Contato:		Telefone para Contato:	

Data do Atendimento: 30/04/2018		Nº Registro: 000155427	
Identificação do doente: FELIPE FEITOSA MUNIZ		RESERVA	
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) 99810-179
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito: [ ]		Acidente de Trabalho: [ ]	
Casual: [ ]		Outros: [ ]	
Outros Acidentes: [ ]		Agressão: [ ]	
Telefone para Contato:		Telefone para Contato:	

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

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

Diagnóstico inicial  
Frieira machado.001  
09/08/2018 15:48:41

oficina TPAE, oficina de manutenção

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

CONDIÇÃO DA ALTA: ☒ Melhorada ☐ Intermediária ☐ Perda ☐ Alta + 48h ☐ Gasto > 48h

MOTIVO DA ALTA: ☒ Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Transferência ☐ Evasão ☐ Indisciplina

Data do Internamento: 09/08/2018 15:48:41  
 Data da Alta: 09/08/2018 15:48:41  
 Local: Antônio Rodrigues de Freitas  
 CP: 7351  
 CPF: 090.552.003-25



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE		2 - CNES 2351633	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE		4 - CNES 2351633	
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NÚMERO DO DOCUMENTO 122.094.944-27		6 - NOME ATEND. FELIPE FEITOSA MUNIZ	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 209741269040006		8 - SIS PRE NATA 000155427	
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 - CID - 10 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99810-179	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SAO JOSE DO EGITO		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE 56700-000	
<b>3 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO</b>			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO TRAUMA TORAX 1548.04 UN, OXIGENIAÇÃO LAMENACAO FASIONAR.			
<b>4 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
17 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 24 - CID - 10 SECUNDÁRIO 25 - CID - 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>5 - PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
26 - CLÍNICA RESERVA		27 - COD. DO PROCEDIMENTO 0408030497	
28 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 29 - DO LUGAR 30 - DO LUGAR		31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/04/2018	
<b>6 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
34 - CNPJ DA SEGURADORA 35 - Nº DO BILHETE 36 - CNPJ DA EMPRESA 37 - CNAE DA EMPRESA 38 - CBOB		39 - Nº DO BILHETE 40 - SÉRIE 41 - CNPJ DA EMPRESA 42 - CNAE DA EMPRESA 43 - CBOB	
<b>7 - AUTORIZAÇÃO</b>			
44 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		48 - MOTIVO DA ALTA 49 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 50 - DATA DA INTERNAÇÃO 51 - DATA DA ALTA	
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 16:04:00 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070816040043900000063179897 Número do documento: 20070816040043900000063179897			



# GUIA DE TRANSFERÊNCIA

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

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

DATA DE NASCIM. 17/01/1992  
 SEXO MASCULINO  
 CPF 67998101795

RESUMO DO HISTÓRICO  
 NARRA FEITOSA MUNIZ  
 ANTONIO BORJA, 229  
 JOSE DO EDITO

DATA SOBRE A TRANSFERÊNCIA  
 09/08/2018 15:48:41

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

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

ESPECIALIDADE  
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Execução  
 CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA MALHA  
 09/08/2018 15:48:41

EXCELSIOR SEGUROS  
 12 JUL 2018

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

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

Lais Marina dos Santos  
 ENFERMEIRA  
 COREN - PE 383116

\* do Procedimento:

ASL-0254761/18  
gabriella.machado.091  
Data: 09/08/2018 Início:  
Cirurgião: 1. Auxiliar: 2. Auxiliar:  
Anestesista:

do Procedimento:

ASL-0254781/18  
gabriella.machado.001  
09/03/2018 15:48:41

Término:

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SECHRA DEVTA

[illegible]

ASL-0254781/18  
gabriella.machado.001  
09/03/2018 15:48:41

ASL-0254781/18  
gabriella.machado.001  
09/03/2018 15:48:41

**DECLARAÇÃO**

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: 000.000.000-00  
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

MOTOCICLISTA conforme ficha/prontuário nº 26230. Informamos que a

(as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)

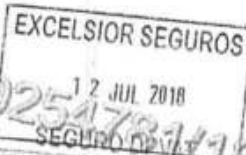
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição do DPVAT para

quaisquer esclarecimentos.

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



ASL-0254781/18  
gabriella.machado.001  
09/03/2018 15:48:41

ASL-0254781/18  
gabriella.machado.001  
09/03/2018 15:48:41

Rua Antônio Mariano de Souza, 16 – Bairro Antônio Marinho  
São José do Egito/PE – CEP 56700-000 - Tel.: (87) 3844 1192  
CNPJ 11.503.081/0001-69  
e-mail: hgmsr@hotmail.com



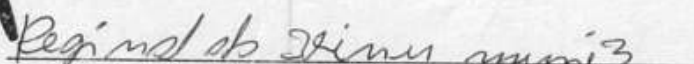


## Declaração do Proprietário do Veículo

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. 17/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 Ivania 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 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  
Em Testemunho da verdade.  
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto  
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896 LP05201807.02408



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  
Em Testemunho da verdade.  
Abraão Lincoln Rafael de Aragão - Oficial Substituto  
Total: 4,79 AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896 LP05201807.02408



**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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. Gualberto 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: Renda e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 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. Gualberto  
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | [www.celepe.com.br](http://www.celepe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 388 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
66912-130

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monoflexão

COTA CONTINUA: 2278076019  
 DATA DE VENCIMENTO: 02/03/2018  
 TOTAL A PAGAR R\$: 210,32

00890038	UNICA	23/02/2018
23/02/2018	2000136289	2077981

3072821

Consumo Abaixo (KWh)  
Contribuição Iluminação Pública  
ICMS Subvenção-CDE-NF 003194263-27/12/17  
Multa por atraso-NF 003194263-27/12/17  
Juros por atraso-NF 003194263-27/12/17  
Atualização IGPM-NF 003194263-27/12/17  
PRÓ-CRIANÇA (091)3412-8860 0800 031 0860

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
295,0000000	0,90574564	180,59
		7,99
		2,53
		4,58
		1,59
		1,77
		0,56

TOTAL DA FATURA

210-97

DEMONSTRATIVO DE CONTABILIDADE - BALANÇO GERAL										210.31
Nº DO MEDICOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
301016171	CAL	26-01-2018	19.234,00	23-02-2018	19.508,00	28	1,00000		288,00	

[illegible]

5411 85DC 48AD 5F0D 15AF 3A0C E413 2FC0

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE NÃO TEM O QUE VOCÊ PRECISA CONTINUA ESTABELECENDO

Consumos e ou pagamento de(x) fonte(s) de energia elétrica		Valor	
Valor	Descrição	Valor	Descrição
014279	230208	257,87	

Em caso de não pagamento do débito, o tomador do crédito pode ser responsabilizado por danos morais e materiais em razão da prática de ato ilícito de natureza contratual. Esse comportamento também constitui crime contra a economia pública nos termos do art. 170, III do Código Penal Brasileiro.

[illegible]

	DEBÍTO	VALOR APROVECHADO	LÍMITE ANUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE DIÁRIO
DIV FIDC FINC	SERVA TALHADA	R\$107,17			
		1,48	6,43	10,88	21,73
		3,00	3,38	6,73	13,46
		0,67	2,11	0,00	0,00

Limite (R\$) 12,20

EXCELSIOR SEGUROS  
12 JUL 2018  
SEGURO DPVAT







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 Furtoso 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:**

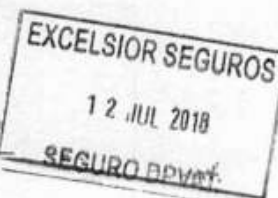
- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou 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 Furtoso Muniz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





0254781118

CONFERE COM  
O ORIGINAL

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000610**

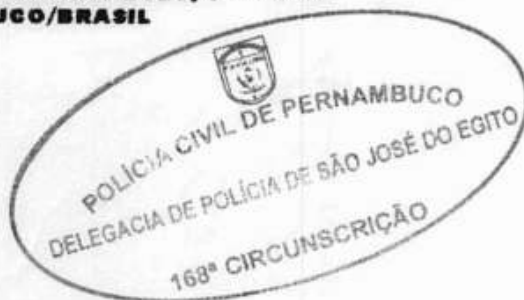
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2018** às  
**10:13**

**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: 19669956/SDS/PE (RG),  
12288494427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão:  
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87896279748**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 229 - CEP: 8 - 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:  
8/7/1974 Naturalidade: SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
368610719/SSP/SP (RG), 38644738839 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª.  
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87888101768**



Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO BORJA, 228 - 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 GARONA 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.**

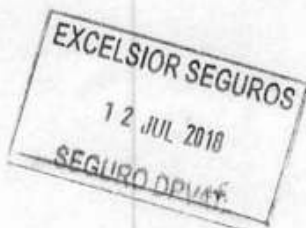
#### Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Felipe Feitosa Muniz*

**FELIPE FEITOSA MUNIZ  
(VITIMA)**

**MARIA IVANIA FEITOSA MUNIZ  
(OUTRO)**

B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA - Matrícula: 3809676**



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

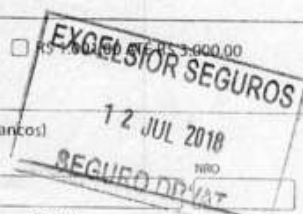
**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Felipe Feitosa Muniz		CPF titular da conta	122.094.944-27	Profissão	Agricultor
Endereço	R. Antonio Borges		Número	229	Complemento	Ap. 1 andar
Bairro	São Borja	Cidade	São José do Egito	Estado	PE	CEP
Email				Permanuço	56900-000	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\$ 1.000,00 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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 1296 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 26.341 D/V 4 (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome <b>AGÊNCIA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)			
<b>CONTA</b> 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.

SantaTaliada 26 de junho de 2018  
Local e Data

x Felipe Feitosa Muniz  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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



05/2018 Time: 13:00:10



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE FEITOSA MUNIZ  
Nº Sinistro: 3180368259  
Vítima: 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](http://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**

Pag. 00869/00870 - carta\_03 - INVALIDEZ



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

Pag. 00471/00472 - carta\_01 - INVALIDEZ



## 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 Borge, nº 229

complemento Ad. J Indai, Bairro São Borge, 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

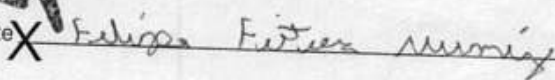
Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplos 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 Paesel de Azevedo - Oficial Substituto  
Total: 4,79 mil e 500 reais, com SELLO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896.0240701807.0240701807

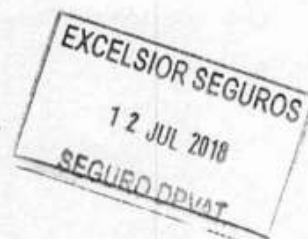


## DECLARAÇÃO

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



[illegible]







# 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) 99810-179

## ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Outros Acidentes <input type="checkbox"/>	Agressão <input type="checkbox"/>
Casual <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>		

Local de Ocorrência:	Telefone para Contato:
----------------------	------------------------

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

TRAUMA TUM @, CI PR e  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Diagnóstico Inicial: Fratura luxação TUM de

Nome: *Antônio Rodrigues de Freitas*  
Profissão: *TRAB, AGR, Coloca produtos*

Diagnóstico Final: *SOLICITAÇÃO COLUNAÇÃO*

## 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+48h <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

CRA 7351

CPF: 056.532.003-25



**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**

NÚMERO DO DOCUMENTO

122.094.944-27

NOME ATEND.

12 JUL 2018

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

209741269040006

6 - SIS PRE NATAL

SEGUROS

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) 99810-175

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

ANTONIO BORJA

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SÃO JOSE DO EGITO

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PE 56700-000

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

TRAUMA TORZ @, EL DEB, ODONTIA  
E LAMENACAO FUNCIONAL.

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

Rx / Ex. Boto

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão - Luxação 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 TORZ @

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0409030497

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

RESERVA

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/04/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Prof. Maria Pereira Ferreira

CPF: 030.473.294-41

CRM: 18278

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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

45 - EMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - DESEMPREGADO

49 - APOSENTADO

50 - NÃO SEGURADO

51 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

**AUTORIZAÇÃO**

52 - COD. ORGÃO EMISSOR

53 - DOCUMENTO

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

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Maria Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

(AIH) 261810500798

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/04/18

DATA DA ALTA: 03/05/18





## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento	
PRIMEIRO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/04/18 11:11
MÉDICO SOLICITANTE: ANDRE LUIS HENRIQUE PINTO PEIXOTO	Nº SOLICITAÇÃO: 438473

Identificação do Paciente	
NOME DO PACIENTE: FELIPE FEITOSA MUNIZ	Nº DO HIGIENIZADO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 209741269040006	DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1999
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: IVANIA FEITOSA MUNIZ	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): AV. ANTONIO BORJA, 229	TELEFONE DE CONTATO: 87998101795
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SÃO JOSÉ DO EGITO	CNPJ (RGE MUNICIPAL): 2613802.00
UF: PE	CEP: 56700000

Dados sobre o Transporte	
MODALIDADE DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 30/04/18 08:55
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO RECEBENTE:	

Regulador	
MÉDICO REGULADOR: MARIA DO CARMO DE ANDRADE CAMPOS	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
SFQ LOTO: CIRÚRGICO	

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:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO PRIVAT.

- ① PCTE EM ODY
- ② ASPIRATA / ANTISSEPTICA
- ③ ADOÇÃO CAMPOS ESTERILIZ
- ④ INCUÇÃO LASER NA TUMOR
- ⑤ REDUÇÃO CEREBRAL
- ⑥ FIXAÇÃO CI PLACA TORÇES TUB.  
+ PARAFUSOS
- ⑦ LHO CI FIO, S.
- ⑧ SUTURA + CURATIVO



Assinatura d





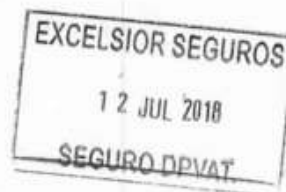
## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)  
FELIAE 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  
MOTOCICLISTA 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



Rua Antônio Mariano de Souza, 16 – Bairro Antônio Marinho  
São José do Egito/PE – CEP 56700-000 - Tel.: (87) 3844 1192  
CNPJ 11.503.081/0001-69  
e-mail: hgmsr\_@hotmail.com

