



Número: **0020713-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDMARA BESERRA DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66442672	17/08/2020 16:00	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096227

Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMARA BESERRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15568968

Pag. 01713/01714 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200096227 Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDMARA BESERRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/11/2019, emitido pelo Dr. ANA HELENA LEANDRO CRM nº 8662 - PB, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta_31 - INVALIDEZ

00020217



Carta nº 15589722



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

113.547.674-89 EDMARA BESSERRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: EDMARA BESSERRA DA SILVA 6 - CPF: 113.547.674-89
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SÍTIO BANDEIRAS 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 4758 CONTA: 13534 2 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 04/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPC 001 UNQ2/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000343**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/01/2020** às **14:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/11/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, ESTRADA DO SÍTIO BANDEIRA - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIANA FIRMO DE MOURA SILVA (OUTRO)
EDMARA BESERRA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDMARA BESERRA DA SILVA

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

EDMARA BESERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA EROTILDES DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **3/6/1993** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8158102/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **94435219**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SÍTIO BANDEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUCIANA FIRMO DE MOURA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO(MOTO) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA FIRMO DE MOURA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDMARA BESERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFM2969** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **259567760**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

28/01/2020 14:12



Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTVA PILOTANDO A MOTO QUANDO ACABOU PERDENDO O CONTROLE VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA PARA UPA DE SANTA CRUZ PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO - HOSPITALAR.

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

EDMARA BESERRA DA SILVA
(VITIMA)

Edmara Beserra da Silva.

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: 319785-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

113.547.674-89 EDMARA BESSERRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: EDMARA BESSERRA DA SILVA 6 - CPF: 113.547.674-89
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SÍTIO BANDEIRAS 9 - Número: 750 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 13534 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 04/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPC 001 UNQ2/2019





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 - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSEMIRO ALVES ROLLA 3

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
079864121	UNICA	08/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2018	2011189068	3423002

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA A VERIFICAÇÃO DE LEITURA
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	53,62

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,0000000	0,81089952	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Suoção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
3190297771	CAT	DATA 05/09/2018 LEITURA 252,00	DATA 08/10/2018 LEITURA 311,00	33	1,00000		59,00	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmara Bezerra da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.547.674 / 89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edmara Bezerra da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.547.674 / 89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Poximiro Alves de Rocha</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>000</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Santa Cruz do Capibaribe</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	_____		Telefone comercial(DDD)	<u>81.99700-1998</u>	Telefone celular (DDD)	<u>819.9161-3907</u>

Santa Cruz, PE de 23 FEVEREIRO de 2020
do Capibaribe Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **EDMARA BESERRA DA SILVA** nascido em 03/06/1993 esteve nesta unidade hospitalar no dia 23/11/2019 por volta das **18h15min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 09 de DEZEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0291579 23/11/2019 18:15:17

Paciente: EDMARA BESERRA DA SILVA

Sexo: F D. Nasc.: 03/06/1993

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe JOSEFA EROTILDES DA CONCEIÇÃO

Pai: EDIMILTON BESSERA DA SILVA

Endereço: R SÍTIO BANDEIRA

Bairro: ZONA RURAL

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0052369

SUS: 700709922049072

Idade: 26 ANOS

CPF:

As 19:22
HRA 58226RS

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 100/60

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Episódio de torção e
19-15 após queda de moto
Volta 0150 IT
2.2L

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta:

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendimento

UPA José Vieira Filho
CRM: 21675
2002



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 18:23

Doenças preexistentes: nenhuma

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco(); Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando(); Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave(); Queimaduras>25% da SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg(); PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24 horas(); Mucosas ressecadas(); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa(); história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quedões(); Dor abdominal sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com história de febre e com placas sem tosse();

OBS: Refeição entregue em PE

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal(); Coriza crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada de pontos(); Vômitos ou diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL() MÉDICO()

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ENFERMEIRO
COREN RJ 415.232

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS

AS 19:22

RECEITUÁRIO

Nome: EDMARA BEZERRA DA SILVA - 26 ANOS

ENCAMINHO

PACIENTE SUPRACITADA, COM HISTÓRIA DE ENTORSE
EM TORNOZELO ESQUERDO, APRESENTANDO DOR E EDEMA NO
LOCAL, APÓS QUEDA DE MOTO.

E/F: BEG, EUPNEICA, LOTE, G=15, NORMOTENSA E NORMOCORDE.

AO RX: EVIDENCIA FRATURA PROXIMAL DO 5º METATARSO (E)
(RADIOGRAFIA EM ANEXO).

HD: FRATURA PROXIMAL DO 5º METATARSO (E)

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA ORTOPEdia!

HRA-5822625

Dra. Ana Helena Leandro
CRM-PB 8662
RDEMEPE 21675

Data: 23/11/19

MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____

Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-24

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LACERDA RUIZ

 

Edmara Beserra da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.158.102 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/2018

NOME << EDMARA BESERRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << EDIMILTON BESERRA DA SILVA >>
<< JOSEFA ERGILDES DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE SANTA CRUZ DO DATA DE NASCIMENTO 03/06/1993

CADASTRO - PE << CN 14923 L.A17 F.227 CART. >>

BREJODA MADRE DE DEUS-PE 10.02.2001 >>

CPF 113.547.674-89

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 29/08/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1421884961

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMARTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO
REGISTRO

ACQ
REGISTRO

CAT. NAS
B

Nº REGISTRO
02378605379

VALIDADE
08/06/2032

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

RESERVAÇÃO

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SORUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

53286755000
PE078605372

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N° 012650913454

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO 88514752184

VIA 1 ODD RENAVAM 259567760 RNTRO *****

NOME/ENDEREÇO
 LUCIANA FIRMO DE MOURA SILVA
 RUA JATAUBA 03
 CASA JANGA
 PAULISTA-PE 53435-230

OP/CHN/ PLACA
 030.219.834-21 PFM2969

NOME ANTERIOR
 CARLOS ALBERTO LOPES DA SILVA

PLACA ANT./UF ***** CHASSI 9C2JC4110AR721069

ESPECIE TIPO PA3 /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3 ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CNP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20165384 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA EM LOCAL SEGURO

PAULISTA-PE DATA 24/08/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076757/20

Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA

CPF: 113.547.674-89

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMARA BESERRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDMARA BESERRA DA SILVA : 113.547.674-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096227 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096227 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- EDMARA BESERRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 8.158.102SDS/PE CPF:113.547.674-89
DATA DO ACIDENTE:23/11/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: EDMARA BESERRA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA – SÍTIO BANDEIRAS , Nº 750, ZONA RURAL ,BREJO DA MADRE DE DEUS -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 21 DE JANEIRO DE 2020.

x Edmara Beserra da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3111-9789

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Edmara Beserra da Silva. Dou fe Santa Cruz do Capibaribe, 28/01/2020, 16:42 - Total 5,06 Em Testemunho da verdade. Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales Escrevente Selo(s): 0159467 GDP12201902.00468



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076757/20

Vítima: EDMARA BESERRA DA SILVA

CPF: 113.547.674-89

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: EDMARA BESERRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDMARA BESERRA DA SILVA : 113.547.674-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

