

---

**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



---

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

# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
113.547.674-89 EDMARA BESERRA 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 BESERRA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (vair 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

X Edmara Beserra da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: **1º. 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**

Compiemento / 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**

*[Handwritten signature]*



# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
113.547.674-89 EDMARA BESERRA 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 BESERRA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

X Edmara Beserra da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MELEIRYS DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI BANDEIRAS 750

CPF 030 701 514-93

BANDEIRAS/BANDEIRAS  
BREJO DA MACRE DE DEUS PE  
55170-000

CLASSIFICAÇÃO

B7 RURAL  
AGROPECUARIA RURAL  
T08540

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIAL        | EMISSÃO         |
|-------------------|---------------|-----------------|
| 087504423         | 1834          | 05/12/2019      |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA SCD/CLASS |
| 08/12/2019        | 2001232226    | 474447          |

| CONTABILIZADO | MÊS/ANO    |
|---------------|------------|
| 7012583812    | 12/2019    |
| 18/12/2019    | 07/01/2020 |
| 76,82         |            |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                 | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh)                       | 100.000.000 | 0,57553074  | 57,55       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA                |             |             | 0,51        |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA               |             |             | 4,12        |
| Reajustes de Unidade Consumidora          |             |             | 8,90        |
| Multa por atraso NF 083642587 - 07/11/19  |             |             | 1,25        |
| Multa por atraso NF 078791308 - 07/10/19  |             |             | 1,25        |
| Juros por atraso NF 083642587 - 07/11/19  |             |             | 0,21        |
| Juros por atraso NF 078791308 - 07/10/19  |             |             | 0,65        |
| Atualização IGP-M NF 078791308 - 07/10/19 |             |             | 0,18        |
| Atualização IGP-M NF 083642587 - 07/11/19 |             |             |             |

TOTAL DA FATURA

REGISTRATIVO DE CONSUMO NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DO DMS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|-----------|-----------|--------|---------------|
| 313041528     | CAT            | 07/11/2019    | 8 841,00         | 24/12/2019 | 8 836,20      | 32        | 1,0000    |        | 52,80         |
| 313041528     | CAT            | 07/11/2019    | 8 841,00         | 24/12/2019 | 4 166,00      | 32        | 1,0000    |        | 28,00         |

RECAPITULÁRIO DE IMPOSTOS

| Mês/Ano | DEZ/19 | NOV/19 | OUT/19 | SET/19 | AGO/19 | Jul/19 | JUN/19 | MAR/19 | FEV/19 | JAN/19 | DEZ/18 |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| DEZ/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| NOV/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| OUT/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| SET/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| AGO/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| Jul/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| JUN/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| MAR/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| FEV/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| JAN/19  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| DEZ/18  | 100    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

RECAPITULÁRIO DE IMPOSTOS

| BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|------|------------------|
| ICMS            | 5,00 | 15,34            |
| PIS             | 0,45 | 8,17             |
| COPIS           | 2,00 | 1,25             |

Faturado pelo sistema de leitura - Total de Impostos (ICMS, PIS, COPIS) = R\$ 14,76

TAXAS APLICADAS

Contribuição Administrativa

RESUMO DA FISCAL

7012583812-0004 4056 9700 5801 4278

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Devido ao período de validade da tarifa social, o cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social, que é de 12 meses, contados a partir da data de emissão da nota fiscal. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social, que é de 12 meses, contados a partir da data de emissão da nota fiscal. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social, que é de 12 meses, contados a partir da data de emissão da nota fiscal.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, bem como as condições de uso e manutenção dos equipamentos, estão disponíveis no site da CELPE, em www.celpe.com.br.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS REINTERVENÇÕES |                  |               |               |              | NÍVEL DE TENSÃO    |                        |     |
|-----------------------------------------|------------------|---------------|---------------|--------------|--------------------|------------------------|-----|
| TIPO DE SERVIÇO                         | VALOR APROXIMADO | LIMITE MÍNIMO | LIMITE MÁXIMO | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |     |
| SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE                | 0,30             | 10,44         | 20,88         | 41,76        | 220                | 202                    | 231 |
| RECIFE                                  | 0,30             | 7,94          | 15,88         | 31,76        | 380                | 350                    | 380 |
| OLINDA                                  | 0,30             | 8,52          | 17,04         | 34,08        |                    |                        |     |



Tarifa Social de Energia Elétrica: Crida 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. 0005043-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 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          |
|-------------------|---------------|------------------|
| 079884121         | UNICA         | 08/10/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 08/10/2019        | 2011189068    | 3423002          |

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO                                     |
|---------------------|---------------------------------------------|
| 7008475460          | 10/2019                                     |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO / DATA 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<br>MEDIDOR                           | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR   |         | ATUAL      |         | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|                                            |                   | DATA       | LEITURA | DATA       | LEITURA |               |           |        |               |
| 3190297771                                 | CAT               | 05/09/2019 | 252,00  | 06/10/2019 | 311,00  | 33            | 1,00000   |        | 59,00         |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Jo. Maria 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 Vitima 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 Proximo 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)         | 81-99700-1778 |                | Telefone celular (DDD) |
|          |                                   |        |                                 |               | 81-9-9161-3907 |                        |

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

Adriana Jo. Maria de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante



**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**  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA-24h  
MAT. 514591  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
**DIRETOR**  
**MAT.069043**



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:

Enfarte de miocárdio 6  
19-15 após queda de moto  
Volta em 0150 50  
2.2L

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta:

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendimento:

Dr. Maria Helena Leal  
CRM: 10.0662  
OAB: 21.615

# FICHA DE ATENDIMENTO

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

Doenças preexistentes:

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 30 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, quações( ); 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:

## 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( )

Assista Social M. R. Rezende  
Enfermeiro  
C.R.E.N. 410.535

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 NORMOCORADA.

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: \_\_\_\_\_

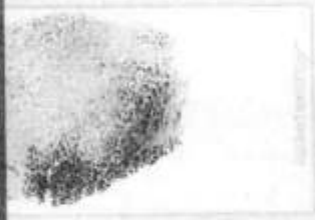
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO

**CÓPIA AUTORIZADA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 018-24  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO SAUDES-BUHL




Edmara Beserra da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.158.102 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/2018

NOME << EDMARA BESERRA DA SILVA >>

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

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

CASABARITA - PE  
DOC. ORDEM << CH. 14923 L.A17 F.227 CART. 30.02.2004 >>

BREJODA MADRE DE DEUS-PE  
CPF 113.547.674-89

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

418043380510072758,9299515

F-02 65-427 - 53004

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS PESSOAS**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**PE**

**Nome**  
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 FERREIRA DE MOURA

**Permissão**  
02378605879

**Validade**  
08/04/2022

**Cat. Hab.**  
B

**1ª Habilitação**  
17/06/2002

**OBSERVAÇÕES**

*Adriana M. Moura de A. Fernandes*  
ASSINATURA DO TITULAR

**LOCAL**  
SORUBIM - PE

**Data Emissão**  
10/04/2017

*Charles Augusto Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente  
Assinatura do Emissor

**PERNAMBUCO**

**53286755000**  
**PE078665272**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1421884961**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1421884961**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012650913454

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

88514752184

VIA  
1

COO. RENAVAM  
259567760

RNTRC  
\*\*\*\*\*

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

53435-230

CPF/CNPJ  
030.219.834-21

PLACA  
PFM2969

NOME ANTERIOR  
CARLOS ALBERTO LOPES DA SILVA

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9C2JC4110AR721069

ESPECIE TIPO  
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB. ANO MOD.  
2010 2010

CAP/POT/CIL  
2P/124CL  
20165384

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
E EM LOCAL SEGURO

PAULISTA-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA  
24/08/16

# 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](http://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<br>,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 –<br>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 Sincio Aragão, 174 - Centro  
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3111-9788

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 \_\_\_\_\_ discrepante Selo(s): 0159467 GDP12201902.00468



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076757/20

**Vítima:** EDMARA BESERRA DA SILVA

**CPF:** 113.547.674-89

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/11/2019

**Titular do CPF:** EDMARA BESERRA DA SILVA

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## 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](http://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