

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Loumartine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima José Loumartine Lucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

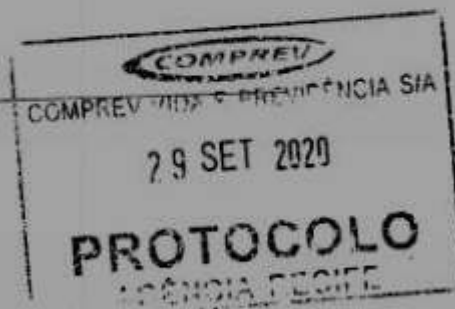
☒ Recuso informar

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 Nilópolis</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila rural</u>	Cidade: <u>Igarassu</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>53650-500</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: Jose Lamartine Lucena da Silva
portador(a) do documento de identidade n°: 6.035805, expedido por SBS, em 05/08/2019 inscrito no CPF sob o n°: 145332154-29
residente: ILHA Joana Bezerra, n°: 321 complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington Jose Pires
portador(a) do documento de identidade n°: 56959068, expedido por SSP, em 23/12/2013 inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480 complemento: casal
Bairro: Maringa, cidade: Igarassu, 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 da vítima:

Jose Lamartine Lucena da Silva Acidente ocorrido no
dia 31/03/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE Lamartine

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DA BOA VISTA - 4º DISTRITO
RUA LAMARTINE PORTO, INTERM.
RUA CARVALHO PIA, 172, Boa Vista, Recife
CEP: 51060-010 - Fone: 3445-7240/3445-7241

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé.
Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.
Em testemunho da verdade.
Aldaiza Kelle do Nascimento (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,67 TSNR R\$ 0,82 - FARM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,27
Selo: 0075101.DJG02202001.08024

Aldaiza Kelle

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR



Wellington José Ribeiro

1061-012297

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.949.069-8 21/DEZ/2012

WELLINGTON JOSÉ RIBEIRO

ANTONIO JOSÉ RIBEIRO NETO

E MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO

ESCADA -PE 14/FEV/1982

CAMELA IPOJUCA-PE

2.DISTRITO

CN:LV.A04 /FLS.288V/N.003220

010955324/13 PIS 20003167865

201 Delegado Divisionária

Roberto

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPRES

COMPRES - REGISTRO SIA

20 SET 2020

PROTOCOLO

2ª VIA

Prescrição.: 1895752 Data: 13/03/2020 20:49

Usuário.: HENRIQUEC

Atendimento: 1340310 Dt Nasc: 17/04/1984 (35a 10m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) Int

Médico.: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO - CRM 27794

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S800 CONTUSAO DO JOELHO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: P.URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO JOELHEIRA M	1					[13/03] 20:49
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	5	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA	3	UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO
CRM 27794

Henrique C. C. Barsi Filho
Médico
CRM - PE 27794



2ª VIA

Prescrição.: 1895739 Data: 13/03/2020 20:21
Usuário.: HENRIQUEC
Atendimento: 1340310 Dt Nasc: 17/04/1984 (35a 10m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) int
Médico.: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S800 CONTUSAO DO JOELHO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: P.URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	[13/03] 20:21
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						
2 CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG	1	FA		IV	Agora	[13/03] 20:21
-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
Obs.: -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO
CRM 27794

HENRIQUE C. BARSÍ FILHO
CRM-PE 27794



Prescrição.: 1895716 Data: 13/03/2020 19:44
Usuário....: HENRIQUEC
Atendimento: 1340310 Dt Nasc: 17/04/1984 (35a 10m 27d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) Int
Médico.....: HENRIQUE CEZAR C BARSIL FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO Ciclo...:/
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO DIREITO A.P. / LATERAL : Exame: 341113	1					13/03/ 19:44

Henrique Cezar C Barsi Filho
HENRIQUE CEZAR C BARSIL FILHO
CRM: 27794




UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo


MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 13-03-2020 17:54

	Nome Paciente:	JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
	Cód. Paciente:	163956
	Data de Nascimento:	17/04/1984
	Sexo:	Masculino
	Idade:	36
	Senha:	A0245
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1340310 
SAME:		

Período: 13-03-2020 18:10 - 13-03-2020 18:11

Prioridade: **VERDE - POUCO URGENTE**

Cor:  VERDE

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal: DOR EM PÉ DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS -	



CONIPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Acolhido(a) por: TATIANA CORREIA COUTINHO - COREN: 364936 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18-08-2020 09:37

Queixa Principal / História

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS
COM DOR EM REGIÃO JOELHO DIREITO.
PACIENTE NEGA TCE, RELATA USO DE CAPACETE E NEGA USO DE BEBIDA ALCOOLICA.
EF PREJUDICADO EM VIRTUDE DE DOR LOCAL

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			16					

COMPREV
COMPRESSÃO DE EMERGÊNCIA SIA
29 SET 2020
PROTOCOLO
CÂNDIA REGIJE

IPAS
LTPS - IMBIRIBEIRA
Dr^a. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1895716 Data: 13/03/2020 19:44
Usuário.: HENRIQUEC
Atendimento: 1340310 Dt Nasc: 17/04/1984 (36a 4m 2d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) int
Médico.: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S800 CONTUSAO DO JOELHO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO DIREITO A.P. / LATERAL ; Exame: 341113	1					13/03 19:44



UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1895739 Data: 13/03/2020 20:21
Usuário.: HENRIQUEC
Atendimento.: 1340310 Dt Nasc.: 17/04/1984 (36a 4m 2d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) int
Médico.: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MÉDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S800 CONTUSÃO DO JOELHO Ciclo.:
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIFIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	[13/03] 20:21
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						
2 CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG	1	FA		IV	Agora	[13/03] 20:21
-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
Obs:						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				



UPAS
UPA IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1895752 Data: 13/03/2020 20:49
Usuário.: HENRIQUEC
Atendimento: 1340310 Dt Nasc: 17/04/1984 (36a 4m 2d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 163956 - JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) int
Médico.: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S800 CONTUSAO DO JOELHO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO JOELHEIRA M	1					[13/03] 20:49
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	5	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X 4,0M BRANCA	3	UN				



IPAS
UPA - Imbiribeira
Dr. Fabiano Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Aferições: PAS PAD FR FC TEMP SATO2 HGT

Reavaliação Clínica:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS
COM DOR EM REGIÃO JOELHO DIREITO.
PACIENTE NEGA TCE, RELATA USO DE CAPACETE E NEGA USO DE BEBIDA ALCOOLICA.
EF PREJUDICADO EM VIRTUDE DE DOR LOCAL

RETORNA COM RADIOGRAFIA SEM EVIDENCIAS DE FRATURA AGUDAS

CD: MEDICAÇÃO / IMOBILIZAÇÃO / MEDICAÇÃO APARA CASA
REPOUSO/ RETORNO EM CASO DE PIORA

Achado Radiológico:

INOCENTE

Resultado de Exames (Laboratório e ECG):

Sinais de Alarme:

Ausente

Observações:

Sinais de Choque:

Ausente



Coord. Médico
CRM 17.173
Emerenciano

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1340310 Prontuário: 163956 Data do atendimento: 13/03/2020 18:15:00
Paciente: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA Idade: 36 anos e 4 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 17/04/1984
Médico(a) Assistente / CRM: HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO / CRM - null - 27794
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 13/03/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S800 - CONTUSAO DO JOELHO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:



UPA IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 13/03/2020 21:08:09

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE LAMARTINE LUCENA DA
SILVA

RG: 6035895

PESO:

IDADE: 36 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 17/04/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: HENRIQUE CEZAR C. BARSÍ FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 13/03/2020 18:15:16

ATENDIMENTO: 1340310

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -3 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

CONDUTA DE ALTA:

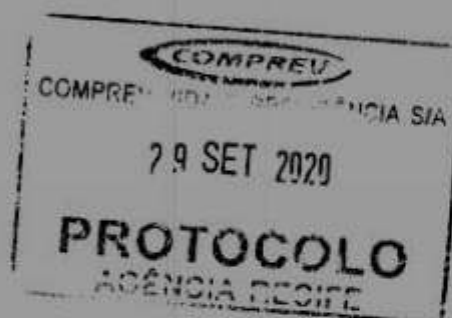
MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 10 HORAS
COM DOR EM REGIÃO JOELHO DIREITO.
PACIENTE NEGA TCE, RELATA USO DE CAPACETE E NEGA USO DE BEBIDA ALCOOLICA.
EF PREJUDICADO EM VIRTUDE DE DOR LOCAL

RETORNA COM RADIOGRAFIA SEM EVIDENCIAS DE FRATURA AGUDAS

CD: MEDICAÇÃO / IMOBILIZAÇÃO / MEDICAÇÃO APARA CASA
REPOUSO/ RETORNO EM CASO DE PIORA



FILAS
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17173
Coord. Médico

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima João Carmine Lucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

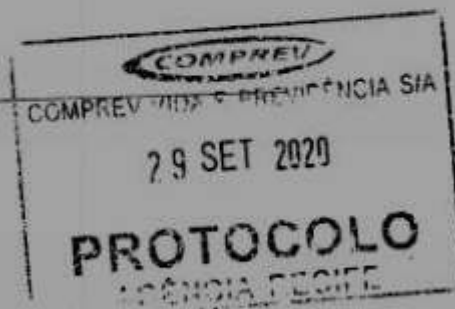
☒ Recuso informar

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 Nilópolis</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila rural</u>	Cidade: <u>Igarassu</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>53650-500</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: Jose Lamartine Lucena da Silva
portador(a) do documento de identidade n°: 6.035805, expedido por SBS, em 05/08/2019 inscrito no CPF sob o n°: 145332154-29
residente: ILHA Joana Bezerra, n°: 321 complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington Jose Pires
portador(a) do documento de identidade n°: 56959068, expedido por SSP, em 23/12/2013 inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480 complemento: casal
Bairro: Maringa, cidade: Igarassu, 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 da vítima:

Jose Lamartine Lucena da Silva Acidente ocorrido no
dia 31/03/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE Lamartine

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DA BOA VISTA - 4º DISTRITO
RUA LAMARTINE PORTO, INTERM.
RUA CARVALHO PIAUI, 172-2, Boa Vista, Recife
CEP: 51060-010 - Fone: 3445-7240/3445-7241

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé.
Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.
Em testemunho da verdade.
Aldaiza Kelle do Nascimento (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,67 TSNR R\$ 0,82 FARM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,27
Selo: 0075101.DJG02202001.08024

Aldaiza Kelle

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR



Wellington José Ribeiro

1061-012297

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.949.069-8 21/DEZ/2012

WELLINGTON JOSÉ RIBEIRO

ANTONIO JOSÉ RIBEIRO NETO

E MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO

ESCADA -PE 14/FEV/1982

CAMELA IPOJUCA-PE

2.DISTRITO

CN:LV.A04 /FLS.288V/N.003220

010955324/13 PIS 20003167865

201 Delegado Divisionária

Roberto

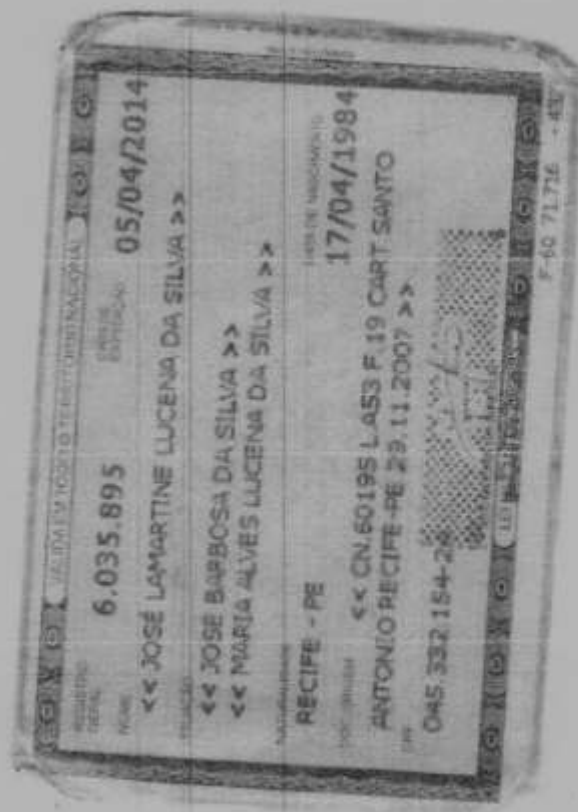
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPRES

COMPRES - REGISTRO SIA

20 SET 2020

PROTOCOLO





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



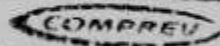
PS0145
550422



JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
RUA CABO EUTRÓPIO, 321
ILHA JOANA BEZERRA
CEP 50090-590 - RECIFE - PE



B1345152432BR



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015460274072

VIA COD RENAVAM RALTC EXERCÍCIO
1 203538760 ***** 2020

NOME
MARIA ALVES LUCIANA DA SILVA

REN/1376-175 CPF/CMV 246.735.104-10 PLACA KGV1865

PLACA ANO/UF 2009/GO CHASSI 9C-29C1620AR010155

PAS /PROPOSTA/ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
BORDA/GO-150 TITAN MIX KS ALCOOL/GASOL

ANO FAB. ANO MOD. 2009 2010

CATEGORIA 22/15-CL. 2009/15-CL. 2010/15-CL.

COTA UNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 8.10 ICF (R\$) 0.05 PREMIO TOTAL (R\$) 12.30

DATA DE PAGAMENTO 26/02/20

OBSERVAÇÕES

RESERVA

DATA 24/01/20

LOCAL
Abelardo F. D. S. L.

DETRAN - PE

DETRAN - PE

DETRAN - PE

DETRAN - PE

DETRAN - PE

COMPREI
29 SET 2020
PROTOCOLO
ABRIL REGISTRO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015460274072 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA ALVES LUCIANA DA SILVA 50090-180

AVIA CAPO EUTERPIO 121

CASA A ILHA JOANA RESENDA PULPIT-PR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoredalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2020 14/03/20

CMV/CMV 246.735.104-10 PLACA KGV1865

RENAVAM 203538760 MARCA/MODELO BORDA/GO-150 TITAN MIX KS

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CATEGORIA 22/15-CL. 2009/15-CL. 2010/15-CL.

COTA UNICA 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 8.10 ICF (R\$) 0.05 PREMIO TOTAL (R\$) 12.30

DATA DE PAGAMENTO 26/02/20

OBSERVAÇÕES

RESERVA

DATA 24/01/20

LOCAL
Abelardo F. D. S. L.

DETRAN - PE

DETRAN - PE

DETRAN - PE

DETRAN - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200348366 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P11)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima João Carmine Lucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24, 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 Nilópolis</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila rural</u>	Cidade: <u>Igarassu</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>53650-500</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: Jose Lamartine Lucena da Silva
portador(a) do documento de identidade n°: 6.035805, expedido por SBS, em 05/08/2019 inscrito no CPF sob o n°: 145332154-29
residente: ILHA Joana Bezerra, n°: 321 complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington Jose Pires
portador(a) do documento de identidade n°: 56959068, expedido por SSP, em 23/12/2013 inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480 complemento: casal
Bairro: Maringa, cidade: Igarassu, 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 da vítima:

Jose Lamartine Lucena da Silva Acidente ocorrido no
dia 31/03/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE Lamartine

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTORIO DA BOA VISTA - 4º DISTRITO
RUA LAMARTINE PORTO, INTERM.
RUA CARVALHO PIAUI, 172-2, Boa Vista, Recife
CEP: 51060-010 - Fone: 3445-7240/3445-7241

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé.
Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.
Em testemunho da verdade.
Aldaiza Kelle do Nascimento (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,67 TSNR R\$ 0,82 - FARM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,27
Selo: 0075101.DJG02202001.08024

Aldaiza Kelle

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR



Wellington José Ribeiro

1061-012297

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.949.069-8 21/DEZ/2012

WELLINGTON JOSÉ RIBEIRO

ANTONIO JOSÉ RIBEIRO NETO

E MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO

ESCADA -PE 14/FEV/1982

CAMELA IPOJUCA-PE

2.DISTRITO

CN:LV.A04 /FLS.288V/N.003220

010955324/13 PIS 20003167865

201 Delegado Divisionária

Roberto

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPRES

COMPRES - REGISTRO CIVIL

70 SET 2020

PROTOCOLO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274717/20

Vítima: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

CPF: 045.332.154-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WELLINGTON JOSE RIBEIRO : 010.955.324-13

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA : 045.332.154-24

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: 29/09/2020
Nome: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
CPF: 045.332.154-24

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/09/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200348366

Vítima: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE LAMARTINE LUCENA 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.

A documentação médica anexada, datada de 13/03/2020, emitida pelo Dr. FABIANA EMERENCIANO, CRM nº 17173 - PE, da Instituição UPA IMBIRIBEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairnascido)? ☐ 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.

PROTOCOLADO

34 - Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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, Recife 02/09/2020

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0103000949**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2020** às **10:11**

Complementa o BO Número: **20E0103000658**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **13/3/2020** às **16:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BENFICA, 1 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO**
/ **BRASIL - CEP: 50720-001 - Ponto de Referência: PROX. AO CLUBE INTERNACIONAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOQUEIRO NAO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
MARIA ALVES LUCENA DA SILVA (OUTRO)
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA**

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA ALVES LUCENA DA SILVA Data de Nascimento: 17/4/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO, BRASIL Documentos: 6035895/SDS/PE (RG) 04533215424 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **RUA CABO EUTROPIO, 321 - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

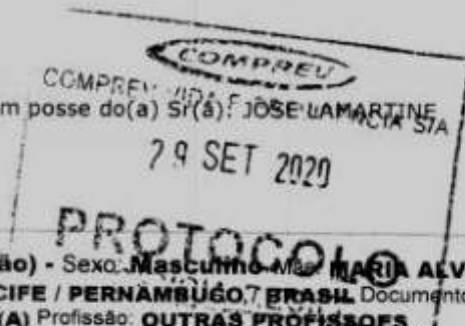
MOTOQUEIRO NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA ALVES LUCENA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA ALVES LUCENA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGV1865 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 203638706**



Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MODELO TITAN - 150 CC**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DPPOL, JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA, VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOS, SAINDO O MESMO LESIONADO ENQUANTO O OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO EVADIU-SE. RELATA O MESMO QUE, TRAFEGAVA PELA RUA BENFICA NO SENTIDO DERBY, AO TEMPO EM QUE, O OUTRO ENVOLVIDO COLIDIU NO SEU DIREITO, O DESEQUILIBRANDO CAUSANDO-LHE A QUEDA E LESÕES. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPDA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS. PRONTUÁRIO - 163956 - MÉDICO DR. HENRIQUE CERZAR C. BARSÍ FILHO - CRM - 27.794 - CASO AFETO A DPPOL DO CORDEIRO. ----- A VÍTIMA JOSÉ LAMARTINE COMPARECEU NO DIA 21/08/2020 PARA COMPLEMENTAR O BELETIM, POIS O FATO ACONTECEU NO DIA 13/03/2020, CONFORME ATENDIMENTO Nº 01340310, REALIZADO NA UPDA DA IMBIRIBEIRA - RECIFE/PE. CASO AFETO 6ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL - CORDEIRO.

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO FERNANDO DOS SANTOS JUNIOR** - Matrícula: **319633-0**
(Liberado em 21/08/2020 às 10:17)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0103000658**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2020** às **16:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **14/3/2020** às **16:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BENFICA, 1 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** -
CEP: **50720-001** - Ponto de Referência: **PROX. AO CLUBE INTERNACIONAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOQUEIRO NAO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
MARIA ALVES LUCENA DA SILVA (OUTRO)
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ALVES LUCENA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/4/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6035895/SDS/PE (RG). 04533215424 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA CABO EUTROPIO, 321 - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTOQUEIRO NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA ALVES LUCENA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

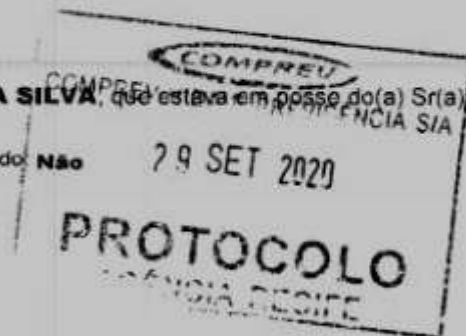
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ALVES LUCENA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGV1865 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Renavam: **203638706**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MODELO TITAN - 150 CC**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DPPOL, JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA, VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOS, SAINDO IMEDIATAMENTE LESIONADO ENQUANTO O OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO EVADIU-SE. RELATA O MESMO QUE, TRAFEGAVA PELA RUA BENFICA NO SENTIDO DERBY, AO TEMPO EM QUE, O OUTRO ENVOLVIDO COLIDIU NO



SEU DIREITO, O DESEQUILIBRANDO CAUSANDO-LHE A QUEDA E LESÕES. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS. PRONTUÁRIO - 163956 - MÉDICO DR. HENRIQUE CERZAR C. BARSÍ FILHO - CRM - 27.794 - CASO AFETO A DPPOL DO CORDEIRO.

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JORGE PEREIRA DAMASCENO** - Matrícula: **148721-3**

(Liberado em **16/03/2020** às **16:19**)



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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 2340 CONTA: 32553 7 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vairnascido)? ☐ 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.

PROTOCOLADO

34

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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:

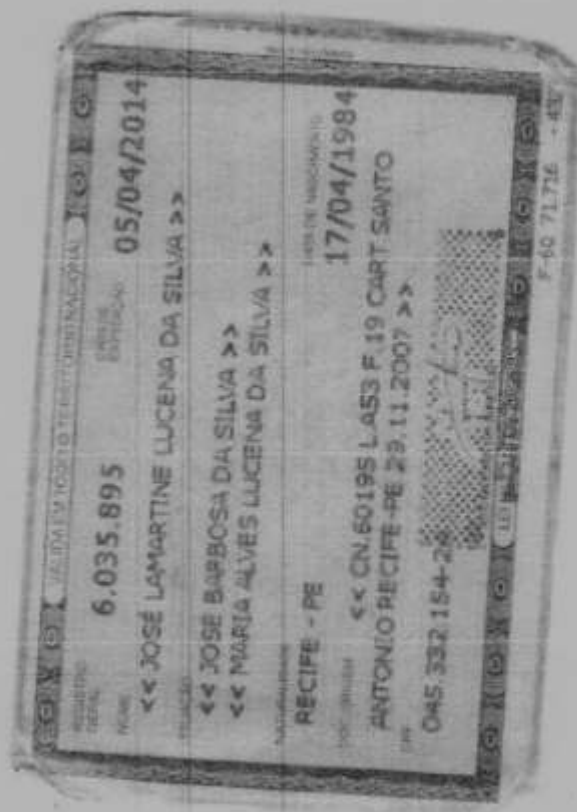
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



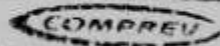
PS0145
550422



JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
RUA CABO EUTRÓPIO, 321
ILHA JOANA BEZERRA
CEP 50090-590 - RECIFE - PE



B1345152432BR



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima João Carmine Lucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24, 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 Nilópolis</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila rural</u>	Cidade: <u>Igarassu</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>53650-500</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: Jose Lamartine Lucena da Silva
portador(a) do documento de identidade n°: 6.035805, expedido por SBS, em 05/08/2019 inscrito no CPF sob o n°: 145332154-29
residente: ILHA Joana Bezerra, n°: 321 complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington Jose Felix
portador(a) do documento de identidade n°: 56959068, expedido por SSP, em 23/12/2013 inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480 complemento: casal
Bairro: Maringa, cidade: Igarassu, 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 da vítima:

Jose Lamartine Lucena da Silva Acidente ocorrido no
dia 31/03/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE Lamartine

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DA BOA VISTA - 4º DISTRITO
RUA CARLOS PENA, 172 - BOA VISTA, RECIFE, PE
CEP: 51060-000 - FONE: (51) 3240-1111

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé.
Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.
Em testemunho da verdade.
Aldaiza Kelle do Nascimento (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,67 TSNR R\$ 0,82 FARM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,27
Selo: 0075101.DJG02202001.08024

Aldaiza Kelle

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR



Wellington José Ribeiro

1061-012297

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.949.069-8 21/DEZ/2012

WELLINGTON JOSÉ RIBEIRO

ANTONIO JOSÉ RIBEIRO NETO

E MARIA DE FATIMA DA SILVA RIBEIRO

ESCADA -PE 14/FEV/1982

CAMELA IPOJUCA-PE

2.DISTRITO

CN:LV.A04 /FLS.288V/N.003220

010955324/13 PIS 20003167865

201 Delegado Divisionária

Roberto

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPRES

COMPRES - REGISTRO CIVIL

70 SET 2020

PROTOCOLO

