



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

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

Jose Lamartine Leucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Lamartine Leucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24, 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 Lider-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> CEP: <u>53650-590</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV - VIDA & PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTÓCOLO
- AGÊNCIA DE SÍLVEIRA

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 nº: 6 0358015, expedido por SSP, em
05/09/2015, inscrito no CPF sob o nº: 145332154-24
residente: ICHA Joana Lucena, nº: 321 complemento: casa
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Peláez
portador(a) do documento de identidade nº: 56993068, expedido por SSP, em
23/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 01005532413,
residente: Natalálio, nº: 480 complemento: casa
Bairro: Maringá, 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:

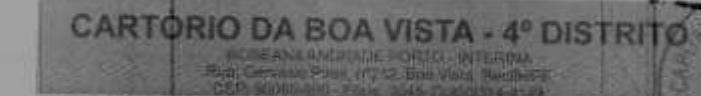
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA. Acidente ocorrido no dia 31/10/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ,DAMS).

02 de julho de 2020

OUTORGANTE:

(reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO
RECIBIDO PELO FIMSEG



Reconheço por Autenticidade a firma indicada
de

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão Reg. neste serventia.
Dou fé.

Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.

Em testemunho _____ da verdade.
Aldaiça Kelle do Nascimento (Escrevante
Autorizada)

Imp.: R\$ 3,67 TSR R\$ 0,82 FEM R\$ 0,04 FINSEG
R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,22
Sel.: 0075101.DJG02202001.08024 Aldaiça Kelle
Consulte Autenticidade em: www.pjpe.mt.gov.br



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 Divisória *
Roberto SANTOS DE SOUZA - DELEGADO
LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

COMPRA

20 SET 2020

PROTÓCOLO

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

2^a VIA

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 BARSI 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 GESELLA 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 GESELLA 15CM X4,0M BRANCA	3	UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSI FILHO
CRM 27794



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 BARSI FILHO - CRM 27794
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO Cid.: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Aplicação	Frequência	Datas/Horários
1 DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	[13/03] 20:21
> ESCALPE N. 21		1 UN				
> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL		1 UN				
> AGUA BIDESTILADA SOL.INJ.		1 AMP				
10ML						
> SERINGA DESCARTAVEL 10		1 UN				
CC S/ AGULHA						
> ESCALPE N. 21		1 UN				
> AGUA BIDESTILADA SOL.INJ.		1 AMP				
10ML						
Obs..						
> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL		1 UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSI FILHO
CRM 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 BARSI 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

2^ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PREScrição DE PROC EXAMES

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

HENRIQUE CEZAR C BARSI 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 - .



IPAS
Liga Imbiribeira
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

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 BARSI 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

2^a VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

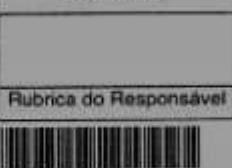
EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO DIREITO A.P. / LATERAL ; Exame: 341113	1					[13/03] 19:44



IPAS
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. Corporea:
Internação: 13/03/2020 18:15 0 Dias(s) int
Médico....: HENRIQUE CEZAR C BARSI 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 MEDICA

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



PROTOCOLO

IPAS
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 BARSI 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	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				



IPAS
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17 173
Coord. Médico

Aferições: PAS PAD FR FC TEMP SATO2 HGT

Reavaliação Clínica:

PACIENTE COM HISTÓRIA 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 PARA 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



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 BARSI 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:



IPAS
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 RG: 6035895 PESO:
SILVA
IDADE: 36 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 17/04/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: HENRIQUE CEZAR C BARSI 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 HISTÓRIA 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

RETONA COM RADIOGRAFIA SEM EVIDENCIAS DE FRATURA AGUDAS

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



HOSP
UPA IMBIRIBEIRA
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

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

Jose Lamartine Leucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Lamartine Leucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24, 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 Lider-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> CEP: <u>53650-590</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV - VIDA & PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTÓCOLO
- AGÊNCIA DE SÍLVEIRA

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 nº: 6 0358015, expedido por SSP, em
05/09/2015, inscrito no CPF sob o nº: 145332154-24
residente: ICHA Joana Lucena, nº: 321 complemento: casa
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Peláez
portador(a) do documento de identidade nº: 56993068, expedido por SSP, em
23/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 01005532413,
residente: Natalálio, nº: 480 complemento: casa
Bairro: Maringá, 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:

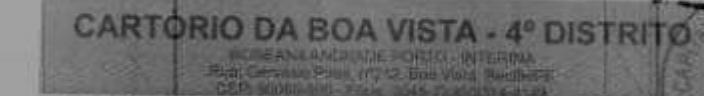
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA. Acidente ocorrido no dia 31/10/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ,DAMS).

02 de julho de 2020

OUTORGANTE:

(reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO
RECIBIDO PELO FIMSEG



Reconheço por Autenticidade a firma indicada

de JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão Reg. neste serventia.

Dou fé.

Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.

Em testemunho _____ da verdade.
Aldaiça Kelle do Nascimento (Escrevante
Autorizada)

Imp.: R\$ 3,67 TSR R\$ 0,82 FEM R\$ 0,04 FINSEG
R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,22
Sel.: 0075101.DJG02202001.08024 Aldaiça Kelle
Consulte Autenticidade em: www.pjpe.mt.gov.br



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

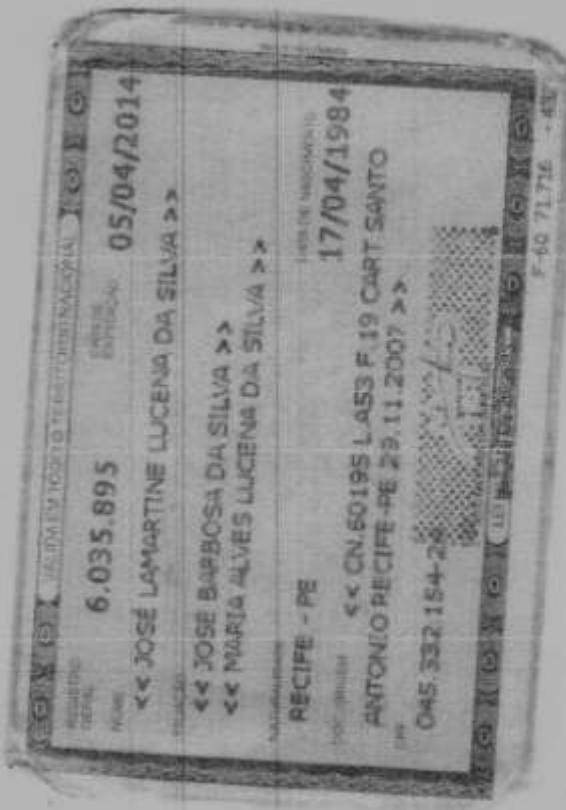
010955324/13 PIS 20003167865

201 Delegado Divisória *
Roberto SANTOS DE SOUZA - DELEGADO
LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

COMPRA

20 SET 2020

PROTÓCOLO





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



BRASIL
AR
MUNDO

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



B1345152432BR



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

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

Jose Lamartine Leucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Lamartine Leucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24, 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 Lider-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> CEP: <u>53650-590</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV - VIDA & PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTÓCOLO
- FENOMINA DECIFRE

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 nº: 6 0358015, expedido por SSP, em
05/09/2015, inscrito no CPF sob o nº: 145332154-24
residente: ICHA Joana Lucena, nº: 321 complemento: casa
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Peláez
portador(a) do documento de identidade nº: 56993068, expedido por SSP, em
23/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 01005532413,
residente: Natalálio, nº: 480 complemento: casa
Bairro: Maringá, 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:

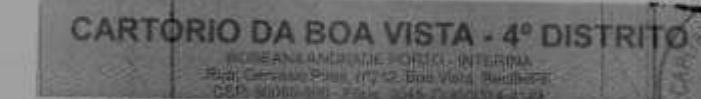
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA. Acidente ocorrido no dia 31/10/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ,DAMS).

02 de julho de 2020

OUTORGANTE:

(reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO
RECIBIDO PELO FIMSEG



Reconheço por Autenticidade a firma indicada
de

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão Reg. neste serventia.
Dou fé.

Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.

Em testemunho _____ da verdade.
Aldaiça Kelle do Nascimento (Escrevante
Autorizada)

Imp.: R\$ 3,67 TSR R\$ 0,82 FEM R\$ 0,04 FINSEG
R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,22
Sel.: 0075101.DJG02202001.08024 Aldaiça Kelle
Consulte Autenticidade em: www.pjpe.mt.gov.br



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 Divisória *
Roberto SANTOS DE SOUZA - DELEGADO
LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

COMPRA

20 SET 2020

PROTÓCOLO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274717/20

Vítima: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

CPF: 045.332.154-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: JOSE LAMARTINE LUCENA 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

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

Rio de Janeiro, 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: 045.332.154-24 4 - Nome completo da vítima: José Loamartine Lourenço 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:	José Loamartine Lourenço da Silva		E - CPF:	045.332.154-24	
7 - Profissão:	Nelson Se	B - Endereço:	Rua Cabo Entrópico	9 - Número:	321
11 - Bairro:	Ilha Joana Bezerra	12 - Cidade:	Recife	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	50090-590	
			16 - Tel.(DDD):	(81) 9 9258-3087	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0340	CONTA: 32553	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
---------------	--------------	--------------------------------	----------------	--------------	--------------------------------

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: LUIZ PEREIRA DA SILVA		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SET 2020

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

PROTOCOLO

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

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Policia Civil do Pernambuco
13ª Circunscricão Policial
MUSTARDINHA

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. **20E0103000949**

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

Completa 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 PÚBLICA**

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

79 SET 2020

PROTÓCOLO

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

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** 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 PROFISSÕES** Endereço Residencial: **RUA CABO EUTRÓPIO, 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 OMESMO 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. BARSI 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 UPA DA IMBIRIBEIRA - RECIFE/PE. CASO AFETO 6º 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 N.º **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 PÚBLICA**

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 EUTÓPIO, 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 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 UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS. PRONTUÁRIO - 163956 - MÉDICO DR. HENRIQUE CERZAR C. BARTSI 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:

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):

(81) 9 9258-3087

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0346

CONTA: 32553

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:
LUIZ PEREIRA SANTOS

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varascer): 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 Lider 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.

PROTOCOLO

34

Imprimento digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rocife

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



BRASIL
AR
MUNDO

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



B1345152432BR





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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro

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

Jose Lamartine Leucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Lamartine Leucena da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 045.332.156-24, 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 Lider-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> CEP: <u>53650-590</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV - VIDA & PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTÓCOLO
- FENOMINA DECIFRE

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 nº: 6 0358015, expedido por SSP, em
05/09/2015, inscrito no CPF sob o nº: 145332154-24
residente: ICHA Joana Lucena, nº: 321 complemento: casa
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Peláez
portador(a) do documento de identidade nº: 56993068, expedido por SSP, em
23/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 01005532413,
residente: Natalálio, nº: 480 complemento: casa
Bairro: Maringá, 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:

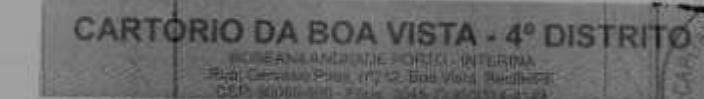
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA. Acidente ocorrido no dia 31/10/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ,DAMS).

02 de julho de 2020

OUTORGANTE:

(reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO
RECIBIDO PELO FIMSEG



Reconheço por Autenticidade a firma indicada
de

JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA
que confere c/ o padrão Reg. neste serventia.
Dou fé.

Recife, 02 de julho de 2020 10:14:30.

Em testemunho _____ da verdade.
Aldaiça Kelle do Nascimento (Escrevante
Autorizada)

Imp.: R\$ 3,67 TSR R\$ 0,82 FEM R\$ 0,04 FINSEG
R\$ 0,08 FERC R\$ 0,45 ISS R\$ 0,21 Total R\$ 5,22
Sel.: 0075101.DJG02202001.08024 Aldaiça Kelle
Consulte Autenticidade em: www.pjpe.mt.gov.br



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 Divisória *
Roberto SANTOS DE SOUZA - DELEGADO
LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

COMPRA

20 SET 2020

PROTÓCOLO

