



Número: **0081235-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75619 406	22/02/2021 10:51	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 COAF¹.

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
Jose Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose 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>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53650500</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>		Tel.(DDD): _____
E-mail: _____		

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



DLDR001 V003/2017



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 05/08/2015, inscrito no CPF sob o n°: 145332154-24
residente: ILHA JOANA BEZERRA, n°: 321, complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Ribeiro
portador(a) do documento de identidade n°: 56.939068, expedido por SSP, em 23/12/2013, inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480, complemento: casa
Bairro: Maringá, cidade: Igarassu, Estado PE.

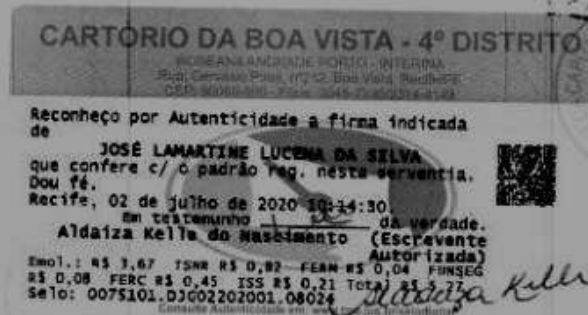
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

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

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

(reconhecer firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR

1061-012897

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Wellington José Ribeiro

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

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

COMPRES

COMPRES S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO



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

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 X4,0M BRANCA	3	UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO
CRM 27794

Henrique C. C. Barsi Filho
Médico
CRM - PE 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 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

2ª VIA

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. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
2 CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ.100MG	1	FA		IV	Agora	[13/03] 20:21
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
Obs.: -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO
CRM 27794

Henrique Cezar C. Barsi Filho
CRM - PE 27794



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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 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					13/03/2020 19:44

Henrique Cezar C Barsi Filho
CRM 27794

HENRIQUE CEZAR C BARSÍ FILHO
CRM 27794



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





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
LUIZ - 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Queixa Principal / História

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

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					



IPAS
LIPR - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiano 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 12.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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 CONTUSAO DO JOELHO Ciclo.:
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: P.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

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



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

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TALA GESSADA TIPO JOELHEIRA M	1					13/03/2020 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				



CRIPAS
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



Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico



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
Dir. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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



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 COAF¹.

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
Jose Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose 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>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53650-500</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>		Tel.(DDD): _____
E-mail: _____		

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



DLDR.L001.V003/2017



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 05/08/2015, inscrito no CPF sob o n°: 145332154-24
residente: ILHA JOANA BEZERRA, n°: 321, complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Ribeiro
portador(a) do documento de identidade n°: 56.939068, expedido por SSP, em 23/12/2013, inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480, complemento: casa
Bairro: Maringá, cidade: Igarassu, Estado PE.

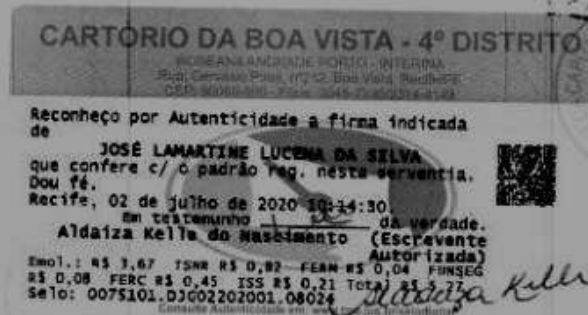
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

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

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

(reconhecer firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR

1061-012897

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Wellington José Ribeiro

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

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

COMPRES

COMPRES S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO



26/02/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CHRISTIANE EVARISTO LOPES
CPF: 047.085.694-75

DATA DE VENCIMENTO
25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
34,21

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
18/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
18/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
051226028

CONTA CONTRATO
007027519584

Nº DO CLIENTE
2016258961

Nº DA INSTALAÇÃO
0006336037

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NILOPOLIS 440 -B
CONJUNTO HABITACIONAL PARQUE MARINGA XIV
VILA RURAL/TABATINGA
53650-590 IGARASSU PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5B55.79C7.221C.C291.4151.3005.5BF4.FECE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	41,00	0,73479853	30,12
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 043889300-21/12/18			0,18
Multa por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,32
Juros por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,08
TOTAL DA FATURA			34,21

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
30,12	25,00	7,53	30,12	0,71	0,21	30,12	3,31	0,99

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,82158000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
FEV 19	██████████	41
JAN 19	██████████	30
DEZ 18	██████████	33
NOV 18	██████████	32
OUT 18	██████████	57
SET 18	██████████	30
AGO 18	██████████	30
JUL 18	██████████	38
JUN 18	██████████	30
MAY 18	██████████	52
ABR 18	██████████	37
MAR 18	██████████	48
FEV 18	██████████	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,57	21,78
Transmissão	1,42	4,71
Distribuição (Celpe)	6,62	21,96
Encargos Setoriais	1,70	5,84
Tributos	6,73	28,98
Perdas de Energia	2,98	8,91
TOTAL	30,12	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003172288488	CAT	21/01/2019 397,50	18/02/2019 438,30	28	1,00000	0,00	41,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					13,32
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 14,38

Todos os consumidores podem solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualificar a tarifa.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! h. t. c. de tarifas racoes - me: av duarte coelho 125 campina de lair / support ten: av joaquim nabuco 245 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	208 - 231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007027519584	02/2019	34,21	25/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

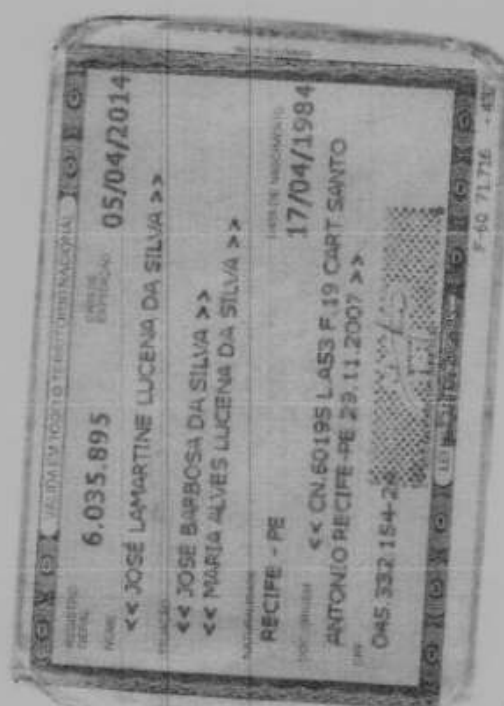
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 342100110074 027519584106 137811025239



Atendimento celpe com BR/NDP, DESCRIOES, Datas e valores em reais com conversão para reais e centavos.





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

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



BI345152432BR

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - PE Nº 015460274072

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM PLATEIA BORDADO
1 203538760 ***** 2020

NOME
MARIA ALVES LUCIANA DA SILVA

REGISTRE PE

PLACA ANO / UF
245.735.104-10 2009

PLACA ANO / UF
245.735.104-10 2009

CHASSI
9C2PKC1830AK010155

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO
SCOTIA/CL150 TITAN MIX RS

ANO FAB. ANO MOD.
2009 2010

COR PREC/COMBUSTANTE
PRATA

COTIA UNICA
1ª VENC. COTAS

1ª VENC. COTAS
1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 8.10

ICF (R\$) 0.05

PREMIO TOTAL (R\$) 12.30

DATA DE PAGAMENTO 26/02/20

OBSERVAÇÕES

SEER RESERVA

LOCAL
14/03/20

DATA

14/03/20

14/03/20

14/03/20

PE Nº 015460274072 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA ALVES LUCIANA DA SILVA

MIA CDD BORDADO 121

CASA A ILHA DOA REBECCA PIA LPIK-PE

50080-180

ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2020 14/03/20

PLACA

KGV1865

RENAVAM

203538760

SCOTIA/CL150 TITAN MIX RS

ANO FAB. 2009

ANO MOD. 2010

COR PREC/COMBUSTANTE

PRATA

COTIA UNICA

1ª VENC. COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 8.10

ICF (R\$) 0.05

PREMIO TOTAL (R\$) 12.30

DATA DE PAGAMENTO 26/02/20

OBSERVAÇÕES

SEER RESERVA

LOCAL

14/03/20

DATA

14/03/20

14/03/20

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.348.400/0001-04

ASSINADO E CARIMBADO O SEGURO DPVAT

EM 14/03/2020 POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DETRAN

DETRAN

COMPRI
29 SET 2020

PROTOCOLO

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 COAF¹.

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.

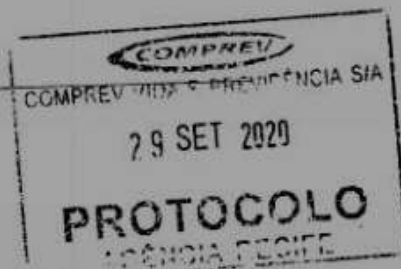
Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose Carmine Lucena da 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>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53650-500</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>		Tel.(DDD): _____
E-mail: _____		

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



DLDR001 V003/2017



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 05/08/2015, inscrito no CPF sob o n°: 145332154-24
residente: ILHA JOANA BEZERRA, n°: 321, complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Ribeiro
portador(a) do documento de identidade n°: 56.939068, expedido por SSP, em 23/12/2013, inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 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 31/03/2020, do sinistro de DPVAT da natureza (INVALIDEZ, DAMS).

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTORIO DA BOA VISTA - 4º DISTRITO
RUA ANTONIO DE MELLO JUNIOR, 175 - BOA VISTA, RECIFE - PE
CEP: 50060-000 - 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 Kella 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

Consulte Autenticidade em: www.jusbrasil.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR

1061-012897

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Wellington José Ribeiro

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

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

COMPRES

COMPRES S/A

29 SET 2020

PROTOCOLO



2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
Nome	_____
Endereço	_____
Cidade	_____
Estado	_____
CEP	_____
Telefone	_____
E-mail	_____

CHRISTIANE EVARISTO LOPES
CPF: 047.085.694-75

DATA DE VENCIMENTO
25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
34.21

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
18/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
18/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
051226028

CONTA CONTRATO
007027519584

Nº DO CLIENTE
2016258991

Nº DA INSTALAÇÃO
0006536037

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NILOPOLIS 440 -B
CONJUNTO HABITACIONAL PARQUE MARINGA XIV
VILA RURAL/TABATINGA
53650-590 IGARASSU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	41,00	9,73479853	30,1
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,5
ICMS Subvenção-CDE-NF 043689300-21/12/18			0,1
Multa por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,3
Juros por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,0
TOTAL DA FATURA			34,21

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
30,12	25,00	7,53	30,12	0,71	0,21	30,12	3,31	0,99

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(Wh)	6.8215804
-------------------	-----------

HISTÓRICO DO CONSUMO

FEV	19	■■
-----	----	--

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	9,57	21,7
Transmissão	1,43	4,71
Distribuição (Culpa)	6,62	21,9
Encargos Setoriais	1,70	5,94
Tributos	6,73	28,9
Perdas de Energia	2,08	6,91
TOTAL	30,13	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003172289498	CAT	21/01/2019	397,00	18/02/2019	438,00	28	1,00000	0,00	41,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/03/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
dez/2018					
DIC-No de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	3,31	10,62	21,25
PIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	8,66	13,28
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					13,32
EUSD-Valor do Entrego de Uso = R\$ 14,38					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! h. t. c. de farias racoes - me; av duarte coelho 125 campina de lair / support ten: av joaquim nabuco 245 centro lista completa em www.caipex.com.br - Ne data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrencia ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 41/ANEEL), 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

1 NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
220	MÍNIMO	MÁXIMO
	208	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007027519584	02/2019	34,21	25/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



antidamento colha com bromé. DCSRIICES. O-homo- α -nolavurea com leandrolina nananania com BECCavurea carial?radida



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/02/2021 10:51:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022210514265700000074106778>
 Número do documento: 21022210514265700000074106778

Num. 75619406 - Pág. 27

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

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

Pag. 00887/00888 - carta_31 - INVALIDEZ

00040444



Carta nº 16179405





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: Jose Leomartine 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: Jose Leomartine Lourenço da Silva 6 - CPF: 045332154-24
7 - Profissão: Técnico de Segurança 8 - Endereço: Rua Cabo Eutropio 9 - Número: 324 10 - Complemento:
11 - Bairro: Ilha Joana Bezerra 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50090-590
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 ☐ 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2346 CONTA: 32553 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vencido)? ☐ 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.

PROTOCOLO

34

Inscrição
original 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 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. 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 UPA 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 (VÍTIMA)

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)

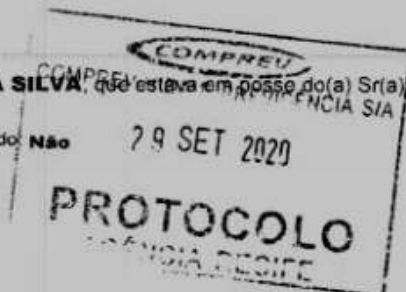
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ALVES LUCENA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA**

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 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. 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: 045.332.154-24 4 - Nome completo da vítima: Jose Leomartine 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: Jose Leomartine Lourenço da Silva 6 - CPF: 045332154-24
7 - Profissão: Técnico de Segurança 8 - Endereço: Rua Cabo Eutropio 9 - Número: 324 10 - Complemento:
11 - Bairro: Ilha Joana Bezerra 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50090-590
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 ☐ 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: 2346 CONTA: 32553 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: 02/09/2020

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: MARIA SIA

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (venhoso)? ☐ 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.

PROTOCOLO

34

Impressão original 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

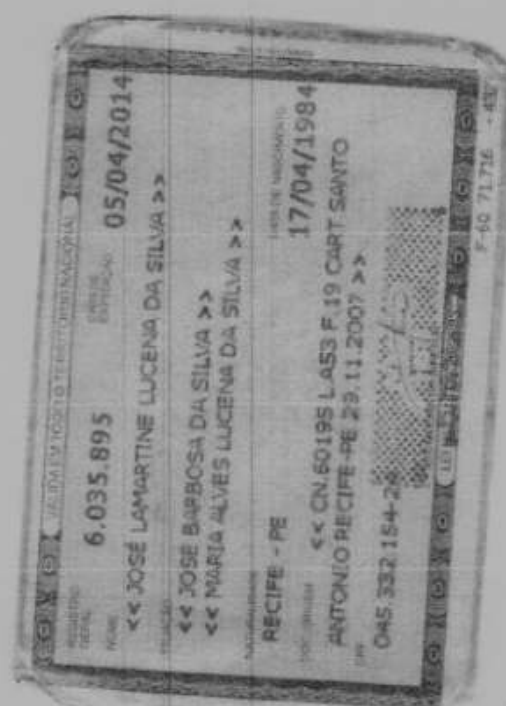
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

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



BI345152432BR

COMPREV

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 COAF¹.

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.

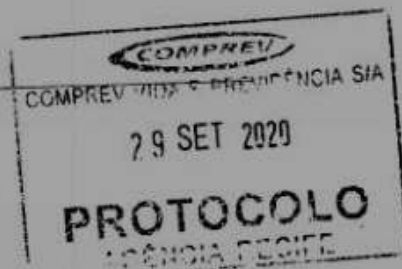
Pelo exposto, eu Wellington José Ribeiro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.955.324 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Carmine Lucena da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.332.154 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose Carmine Lucena da 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>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53650-500</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>		Tel.(DDD): _____
E-mail: _____		

Local e Data: Igarassu 02/09/2020

Wellington José Ribeiro
Assinatura do Declarante



DLDR.L001.V003/2017



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 05/08/2015, inscrito no CPF sob o n°: 145332154-24
residente: ILHA JOANA BEZERRA, n°: 321, complemento: casal
Bairro: Joana Bezerra, cidade: Recife, Estado PE.

2. OUTORGADO: Wellington José Ribeiro
portador(a) do documento de identidade n°: 56.939068, expedido por SSP, em 23/12/2013, inscrito no CPF sob o n°: 01095532413
residente: Nubia Reis, n°: 480, complemento: casa
Bairro: Maringá, cidade: Igarassu, Estado PE.

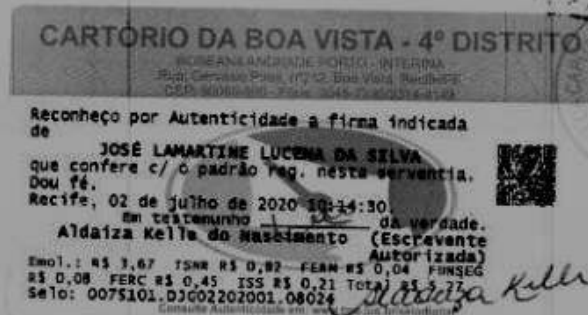
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

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

02 de Julho de 2020

OUTORGANTE: JOSE LAMARTINE LUCENA DA SILVA

(reconhecer firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8600-9

PROIBIDO PLASTIFICAR



Wellington José Ribeiro

091-012897

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 Divisória
Roberto de Fátima da Silva HRCU-SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

COMPRES

COMPRES - REGISTRO S/A

29 SET 2021

PROTOCOLO



26/02/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CHRISTIANE EVARISTO LOPES
CPF: 047.085.694-75

DATA DE VENCIMENTO
25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
34,21

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
18/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
18/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
051226028

CONTA CONTRATO
007027519584

Nº DO CLIENTE
2016258961

Nº DA INSTALAÇÃO
0006336037

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NILOPOLIS 440 -B
CONJUNTO HABITACIONAL PARQUE MARINGA XIV
VILA RURAL/TABATINGA
53650-590 IGARASSU PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5B55.79C7.221C.C291.4151.3005.5BF4.FECE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	41,00	0,73479853	30,12
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 043889300-21/12/18			0,18
Multa por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,32
Juros por atraso-NF 047419105 - 21/01/19			0,08
TOTAL DA FATURA			34,21

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
30,12	25,00	7,53	30,12	0,71	0,21	30,12	3,31	0,99

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,82158000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
FEV 19	██████████	41
JAN 19	██████████	30
DEZ 18	██████████	33
NOV 18	██████████	32
OUT 18	██████████	57
SET 18	██████████	30
AGO 18	██████████	30
JUL 18	██████████	38
JUN 18	██████████	30
MAY 18	██████████	52
ABR 18	██████████	37
MAR 18	██████████	48
FEV 18	██████████	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,57	21,78
Transmissão	1,42	4,71
Distribuição (Celpe)	6,62	21,96
Encargos Setoriais	1,70	5,84
Tributos	6,73	28,98
Perdas de Energia	2,98	8,91
TOTAL	30,12	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003172288488	CAT	21/01/2019 397,50	18/02/2019 438,30	28	1,00000	0,00	41,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					13,32
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 14,38

Todos os consumidores podem solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualificar a tarifa.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! h. t. c. de tarifas racoes - me: av duarte coelho 125 campina de lair / support ten: av joaquim nabuco 245 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	208 - 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007027519584	02/2019	34,21	25/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 342100110074 027519584106 137811025239



Atendimento celpe com BR/NDP, DESCRIOES, Datas e valores em reais com conversão para reais e centavos.