



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES, brasileiro, solteiro, portador do RG nº. 0373500097 - MT/PE, inscrito no CPF/MF nº 088.198.854-50, com endereço na Rua Nelson de Melo Paes Barreto, nº. 575, águas compridas, olinda – PE, CEP 53.180-000;

OUTORGADO:

AMARO RODRIGUES DE ARAUJO, advogado, inscrição junto a OAB/PE de nº 36.534-D, com endereço profissional à Rua Milton Souza Lopes, nº213, Bairro Paulista Centro, CEP. 53.401-220, na Cidade paulista-PE, onde deverá receber quaisquer notificações e ou intimações referentes a este feito.

PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, constituo meu procurador o Outorgado, concedendo-lhe os poderes especiais para tudo que se fizer necessário para minha defesa, incluindo a cláusula ad judícia, para o foro em geral, salvo receber citação inicial, como assim proclama o art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme o disposto no art. 105 do CPC; representar-me nas audiências, requerer, transigir, confessar, renunciar, assinar, transigir, desistir, firmar compromissos e/ou acordos, falar em nome do Outorgante, agindo em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para me representar em juízo.

Podendo o Outorgado,

Paulista, - 22 de janeiro de 2020

Rutelle Henrique da Silva Alves

CPF. 088.198.854-50





DECLARAÇÃO DE POBREZA

RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES, brasileiro, solteiro, portador do RG nº. 0.373.500.097 - MT/PE, inscrito no CPF/MF nº 088.198.854-50, com endereço na Rua Nelson de Melo Paes Barreto, nº. 575, águas compridas, olinda - PE, CEP 53.180-000, declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Paulista-Pe, 22 de Jan de 2020.

Rutcelle Henrique da Silva Alves
CPF: 088.198.854-50



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 0373500097 MT PE

CPF
 088.198.854-50

DATA NASCIMENTO
 14/08/1990

FILIAÇÃO
 FABIO HENRIQUE DE
 FRANCA ALVES
 MARIA ERILENE DA SILVA

PERMISSÃO
 PERMISSÃO

VALIDADE
 23/09/2015

1º REGISTRO
 N. 1107187400

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Rutelle Henrique da Silva Alves

LOCAL
 OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
 23/09/2015

80970423460
 PE062433563

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1411876270

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

ELIZABETE PEREIRA DA SILVA-
MCID593P06

DATA DE VENCIMENTO

09/12/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

086439880

CONTA CONTRATO

0682456019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

RUA NELSON DE MELO PAES BARRETO 575 -
AGUAS COMPRIDAS/OLINDA -53180-000
OLINDA PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 20,75

PERÍODO CONSUMO

24/10/2019 a 25/11/2019

CONSUMO

31

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0682456019

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 20,75

VENCIMENTO

09/12/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

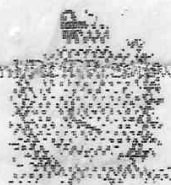
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838300000004 207500110000 682456019106 158044760238



file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infrastrucao/.../boletim.html

05/01/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0091000030**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **15:18****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **04/12/2017** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **PRACA DA REPUBLICA, 1 - Bairro: SANTO ANTONIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO / PROXIMO AO PALACIO DO GOVERNO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO (AUTOR / AGENTE)
RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (VITIMA)
JULIANA BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO

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

RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ERILENE DA SILVA Pai: **FABIO HENRIQUE DE FRANCA ALVES** Data de Nascimento: **14/01/1980** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2236016/5DS/PE (RG), 02219225450 (CPF), 05514653582 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MONTADOR** Telefones Celulares: **- 998045021**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA NELSON MELO PAES BARRETO, 575 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **AVENIDA VAN NORDESTINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JULIANA BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IZABEL BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: **4/3/1985** Naturalidade: **SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL** Documentos: **7725977/5DS/PE (RG), 11425760430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**



Relatório de Ocorrência

Página 2 de 2

Endereço Residencial: **RUA NELSON MELO PAES BARRETO, 575 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CS300R** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEL6570** (PERNAMBUCO/OLINDA)

Descrição: **EM NOME: WOLTMEN HENRIQUE DA SILVA ALVES**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/FORD/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PE09347** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA COM SENTIDO RECIFE ANTIGO A OLINDA, NAS PROXIMIDADES DO PALACIO DAS PRINCESAS, SOFREU UMA COLISAO DE UM VEICULO DE PLACA PE09347, CONDUZIDA PELO SENHOR BRUNO, BATEU NO MEIO DE SUA MOTO JA CITADA CAUSANDO LESAO CORPORAL NO PE DIREITO GRAVE E ESCORIAÇÕES: BRACO DIREITO NAS PERNAS E SUA ESPOSA LESAO CORPORAL LEVE E A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DO HR, ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS, ESTEVE NO LOCAL ACIMA UMA EQUIPE DA CTTU DE Nº DE BOLETIM :61796, ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

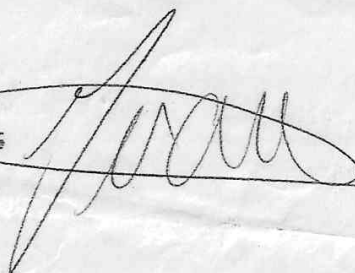
RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

(VITIMA) *Rutchele Henrique da Silva Alves*

JULIANA BEZERRA DA SILVA

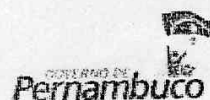
(VITIMA) *Juliana Bezerra da Silva*

R.O. registrada por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES SIC	PRONTUÁRIO: 1614751	ATENDIMENTO: 00904732
DATA DE NASCIMENTO: 14/08/1990	FOI ATENDIDO EM: 08/12/2017 Às 19:47	
	DATA DA ALTA: 11/12/2017 ÀS 19:20	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO
1- FRATURA EXPOSTA DE 4º PDD E FECHADA DE 5º PDD

Tratamento Realizado:

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICOS DE FRATURAS NA EMERGENCIA

Observação:

AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 30 (TRINTA) DIAS
ANALGESIA E ATB PARA CASA

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. HENRIQUE BARBOSA

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº. 10676

Recife, 11, DEZEMBRO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX) 31 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

Amor Rodrigues

3x/2000

[Signature]

[Signature]

Ass: Carimbo/Médico/CREMEPE

Data:

1/1

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermária:

gafun acut (sic)

Wds 08/12/17.

Foi realizado no
HN, operado e curado
no Ambulatório. Houve
Fotografia por
recolha de urina
e Hx de A.D. com Fisk

Data:

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190700700 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**CPF/CNPJ:** 08819885450**Posição em 22-01-2020 11:03:51**

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação dest. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/01/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AWRU6ugxQkuD75U6ClORLapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1nafdgPChDW+DH__4k6sil__G7w=)
19/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/EM7X7k2hzBOSc+tYY6Qwapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1nafdgPChDW+DH__4k6sil__G7w=)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452258/19

Vítima: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

CPF: 088.198.854-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2017

Titular do CPF: RUTHELLE HENRIQUE
DA SILVA ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA : 046.940.574-05

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

RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES : 088.198.854-50

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: 16/12/2019
Nome: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
CPF: 046.940.574-05

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Rui Valle Henrique da Silva Alves		
Data do Acidente:	08/12/2017	CPF da vítima:	038.498.854-50
Portador da documentação:	14108190		
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comproverantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidiz Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	10/12/19
Nome:	Raphele L.
Assinatura:	