



Número: **0106590-32.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES (AUTOR)	GILDERSON CORREIA DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95627 107	21/12/2021 11:05	<u>2850102_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros (Documento)



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, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200330874

Vítima: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16132109

Pag. 01439/01440 - carta_01 - INVALIDEZ





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: 3200330874

Vítima: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006385

Conta: 0000013654-1

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 2

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06385

CONTA: 000000013654-1

Autenticação:

C2CF4CE6BB30E55A7CC25EDBEC564A9C5F40358024D9857F597AB127CCF9C645



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200330874 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA **Data do acidente:** 07/05/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 02, 06, 07 E 08.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	041.329.474-43	Rustomly Rannierly de Fraga Gomes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:
Rustomly Rannierly de Fraga Gomes	Estudante	Rua Olegário Marinho	041.329.474-43
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:
Jatoba	Olinda	PE	54 B
E-mail:		CEP:	53250-441
		Tel (DDD):	(83) 8889 0029

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ITAÚ
AGÊNCIA: <input type="text" value="6385"/> CONTA: <input type="text" value="13654"/> (1)	AGÊNCIA: <input type="text" value="6385"/> CONTA: <input type="text" value="13654"/> (1)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo acimacitado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §º II, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, com discussão do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado / o Civil: Separado / Divorciado Víduo | Data de óbito: 08/08/2020

Grav de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaixente(s): Sim Não | Se a vítima deixou compaixente(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Salgados: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou, nascido (nº nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte doubléis beneficiários que se apresentarem e provarem essa 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.

Local e Data: Olinda, 20 de Agosto de 2020 Nome: Rustomly Rannierly de Fraga Gomes CPF: 041.329.474-43	TESTEMUNHAS 1º Nome: 2º Nome: Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RGQ Rustomly Rannierly de Fraga Gomes Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL RGQ.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ª CIRC DIM/4ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0104002086

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/07/2020** às **08:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 7/5/2020 às 06:45

Foto ocorrida no endereço: **RUA JOÃO SALES DE MENEZES, 01** - Bairro: **IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **501870-390**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DE UM CARRO CINZA (AUTOR) AGENTE |
DILZA MARIA DE FRAGA (OUTRO)
RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES

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

RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nbr: **ELIANE LUIZA DE FRAGA RODRIGUES** Pai:
EVERALDO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: **13/01/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5360577/SDS/PE (RG)**,
03826633309 (CNH) Profissão: **FUNILEIRO** Telefone(s): Celulares: **- 65199733**

Endereço Residencial: **RUA RIO COLORADO, 14, INTEGRACAO MURIBECA - CEP: 55000-000 - Bairro: IPSEP - RECIFE / PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTORISTA DE UM CARRO CINZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DILZA MARIA DE FRAGA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

PGY9975 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DILZA MARIA DE FRAGA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 125 E** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCO** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Para: **PGY9975 (PERNAMBUCO/OLINDA)** Remetente: **118002242** Chave: **90CD02540J0002413**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA O SR RISTANILY, QUE: DIA 07/05/2020 POR VOLTA DAS 06:45 CHEGAVA NAS PRÓXIMIDADES DE SEU TRABALHO, QUANDO UM VEÍCULO CINZA (APARENTEMENTE UM ONIX) COLIDIU EM SUA MOTO, O FAZENDO CAIR. QUE FOI SOCORRIDO POR AMIGOS PARA UPA-CAXANGÁ, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS COM FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO. INFORMA PARA PROVIDENCIAS.

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

Ristany Rannery de Fraga Gomes
RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES
(VITIMA)

B.C. registrado por: **PAULO ROBERTO DE ARAÚJO BARRETO** - Matrícula: **3688623**
(Liberado em **28/07/2020** às **08:26**)

1 of 1 28/07/2020 08:24





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221705
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e/ou seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rustamely Ranniere de Fraga Gomes

CPF da Vítima

041-399-474-43

Data do Acidente

04/05/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Rustamely Ranniere de Fraga Gomes

CPF do Representante Legal

041-399-474-43

Telefone (DDD)

(81) 988890029

Email

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 8.194/74), uma vez que:

Assinalei uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de pedido do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 8.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

Olinda, 20 de Agosto de 2020
Local e Data

Rustamely Ranniere de Fraga Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATI.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112211105089900000093570995>
Número do documento: 2112211105089900000093570995

Num. 95627107 - Pág. 8

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
Ouvíndia 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

GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO
CPF: 510.027.364-04 NIS: 12169534905

DATA DE VENCIMENTO

10/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

134,92

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/09/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

122531920

CONTA CONTRATO

000045412024

Nº DO CLIENTE

2001828069

Nº DA INSTALAÇÃO

0002072551

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OURICO DO MAR 40 .
QDA D 14

OURO PRETO/OLINDA
53370-160 OLINDA 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

CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico
RESERVADO AO FISCO 0A53.21F6.AA2B.113C.A1D6.04F1.59CE.D3CF	

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,14911675	4,47
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,25562871	17,89
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	97,00	0,38344307	37,19
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12750253	3,82
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21857577	15,30
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	97,00	0,32786366	31,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,06
ICMS_Subvenção Baixa Renda			2,53
Multa por atraso-NF 114543832 - 02/07/20			2,11
Juros por atraso-NF 114543832 - 02/07/20			0,91
Atualização IGPM-NF 114543832 - 02/07/20			1,84
Doação LBV - 0800 055 5099			3,00
TOTAL DA FATURA			134,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
110,47	25,00	27,61	110,47	1,06	1,17	110,47	4,99	5,51

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10281600	kWh	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17625600		SET 20 197
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,26438400		AGO 20 222
Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300		JUL 20 200
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15070800		JUN 20 198
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22606200		MAI 20 260
Geração de Energia	35,15	%	ABR 20 254
Transmissão	4,98		MAR 20 239
Distribuição (Celpe)	26,21		FEV 20 218
Encargos Setoriais	1,43		JAN 20 277
Tributos	34,29		DEZ 19 225
Perdas de Energia	8,41		NOV 19 237
TOTAL	110,47	100	OUT 19 209
			SET 19 198
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$	%		
Geração de Energia	31,82		
Transmissão	4,51		
Distribuição (Celpe)	23,73		
Encargos Setoriais	1,29		
Tributos	31,04		
Perdas de Energia	7,61		
TOTAL	100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000041023309	CAT	04/08/2020 35.742,00	02/09/2020 35.939,00	29	1.00000	0,00	197,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	OLINDA	0,00	4,83	9,67	19,34
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 41,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! grafica rapida miranda: rua integracao 205 loja b fragoso / mundo da beleza: avenida doutor joaquim nabuco							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .							
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% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês							
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 53,66 .							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.							
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.							

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
	220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000045412024	09/2020	134,92	10/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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)

Capital e regiões metropolitanas: 4030-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 08

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Centro de 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://www.e2.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, bem como respectiva documentação comprobatória.

4) Recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, entretanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURO. 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 9.513/97.

Pelo exposto, eu Gessé Francisco do Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 510.024.364 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ristamly Ramiery de França Gomes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.399.444-43

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez

da Vítima Ristamly Ramiery de França Gomes

Inscrito (a) no CPP sob o Nº 041.399.494 / 13 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro diária, 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 configuração penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Durval do Mar</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: <u>Blocada D-14</u>
Bairro: <u>Puro Prato</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Gessefnascimento@gmail.com</u>	CEP: <u>53340-160</u>	Tel/CDH: <u>(81) 988890029</u>

Local e Data: Olinda, 20 de Agosto de 2020

Gessé Francisco do Nascimento
Assinatura do Declarante

BLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 10



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 499151-RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES
Sexo: MASCULINO
Mãe: ELIANE LUIZA DE FRAGA RODRIGUES
Idade: 33a 8m 6d
Contatos: 81-985199733
Endereço: RUA RIO COLORADO, 14 - IPSEP - RECIFE/ PE - CEP: 51190480
Nascimento: 13/09/1986

Data do Atendimento: 07/05/2020
Prontuário: 00499151
Nº Atendimento: 01422024
Serviço: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 27 DE MAIO DE 2020

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

Frimento no dorso do pé direito após trauma cortante em acidente motociclistico hoje, 07/05/2020.

EVOLUÇÃO:

Frimento extenso no dorso do metapé distal direito.
Exposição do tendão extensor comum do 4º PDD com transeção subtotal.

HD: 1. Fratura exposta do 2º, 3º e 5º metatarsianos direitos + F1 do 2º PDD
2. Lesão do tendão extensor comum do 4º PDD

Cd: Transferir paciente para tratamento cirúrgico.

MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 11

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-05-07 07:23:43

Nome Paciente:	RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES
Cód. Paciente:	499151
Data de Nascimento:	13/09/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	OR0002
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1422024
SAME:	

Período: 2020-05-07 07:23:43 - 2020-05-07 07:31:37

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE RELATA ESCORIAÇÕES EM MID APOS ACIDENTE DE MOTO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- FRATURA SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	<ul style="list-style-type: none">- CAPNOGRAFIA: 100.00 %- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM- P.A. SISTOLICA: 141.00 MM/HG- P.A.DISTOLICA: 96.00 MM/HG- TEMPERATURA(C): 36.40 C°

Acolhido(a) por: AMANDA SILVA DO NASCIMENTO - COREN: 328036 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2020-05-19 07:33:19





UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 499151-RISTANRLLY RANNIERY DE FRAGA GOMES
Idade: 33a 8m 6d Nascimento: 13/09/1986
Sexo: MASCULINO Contatos:
Mãe: ELIANE LUIZA DE FRAGA RODRIGUES Endereço:
RUA RIO COLORADO , 14 - IPSEP -
RECIFE/ PE - CEP: 51190480

Data do Abendimento: 07/05/2020
Prontuário: 00499151
Nº Atendimento: 01422024
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HO: 1. Fratura exposta do 2º, 3º e 5º metatarsianos direitos + F1 do 2º PDD
2. Lesão do tendão extensor comum do 4º PDD

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

Cd. Transfiro paciente para tratamento cirúrgico.

MÉDICO: FELIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 13



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 499151-RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES Idade: 33a 8m 6d Nascimento: 13/09/1986
Sexo: MASCULINO Contatos: 81-985199733
Mãe: ELINE LIEZA DE FRAGA RODRIGUES Endereço: RUA RIO COLORADO, 14 - JPSEP - RECIFE/PE - CEP: 51190460

Data do Atendimento: 07/05/2020
Prontuário: 00499151
Nº Atendimento: 01422024
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FLJPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Ferimento no dorso do pé direito após trauma contante em acidente motociclistico hoje.

EXAME FÍSICO:

Extenso ferimento no dorso do mediopé distal direito
Visualizada transecção do extensor comum do 4º PDD

DIAGNÓSTICO:

HD: 1. Fratura exposta do 2º, 3º e 5º metatarsianos direitos + F1 do 2º PDD
2. Lesão do tendão extensor comum do 4º PDD

RUA RIBETRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / OGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 14



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Deus Almeida

Name: 499151-RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES
Sexo: MASCULINO
Mãe: ELIANE LUIZA DE FRAGA RODRIGUES
Idade: 338 8m 6d
Contatos: 81-985199733
Nascimento: 13/09/1986
Endereço: RUA RIO COLORADO, 14 - IPSEP - RECIFE/ PE - CEP: 51190480

Data do Atendimento: 07/03/2020
Prontuário: 00499151
Nº Atendimento: 01422024
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Rx do pé direito - Fratura do 2º, 3º e 5º metatarsianos direitos + Fr do 2º PDD
2. Transfiro paciente para tratamento cirúrgico.

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 15



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Name: RISTANILY RANNIERY DE FRAGA GOMES Idade: 33 Anos 9 Meses 25 Dias Nasc.: 13/09/1986
Sexo: MASCULINO CNS: 704506330561918 Contatos: 81. 85199733 | Celular: 81.
Mãe: ELIANE LUTZA DE FRAGA RODRIGUES
Endereço: RUA RIO COLORADO, N.º 14 - Bairro MARCOS FREIRE - CIDADE: JABOTACAO DOS GUARARAPES - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 15/06/2020 10:40
Prontuário: 1110885
Nº. Atendimento: 3455099
Serviço:
Enfermaria/Leito:
Médico:
SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Admissão

Queixa Principal

PACIENTA EM TTO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO(2º + 3º METATARSO DIREITO + 2º PODODACTILO DIREITO)

História Clínica

RELATA ACIDENTE DE MOTO EM 07/05/2020

Exame Físico

EGR, CONSCIENTE SME EDEMA DO PÉ DIREITO

Observações

TALA BOTA + SOLICITA LAUDO

Conduta

SOLICITO RX

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO - CRM: Nº.9756

Data/Hora: 15/06/2020 - 12:37

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3162.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 16

Atendimento: 3450488

Dt Atendimento: 07/06/2020 - 20:51 Dt Alta: 08/06/2020 - 18:19

Paciente: 1110885 RISTANRILY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 215 TRAU 39-03 - POSTO IV Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: RANIEREMNLC

Diretor Clínico:

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

ACIDENTE DE MOTO EM 08/05/2020. EVOLUIU C/ FX 2,3 E 5º MTT DIR. FIXAÇÃO NA EMERGÊNCIA DE FIO DE KIRSCHNER, SENDO ENTÃO LIBERADO P/CASA COM ORIENTAÇÕES A SEGUIR.

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES Idade: 33 Anos 9 Meses 25 Dias Nasc. 13/09/1986
Sexo: MASCULINO CNS: 704506330561918 Contatos: 81. 85199733 | Celular: 81.
Mãe: ELIANE LUTZA DE FRAGA RODRIGUES
Endereço:
RUA RIO COLORADO, N.º 14 - : BAIRRO: MARCOS FREIRE - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 07/05/2020 20:51

Prontuário: 1110885

Nº. Atendimento: 3450488

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO IV-39-03

Médico:

EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PTT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
	07/05/2020	03450488	01110885
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES		URGÊNCIA	
TIPO DE ANESTESIA:		COM CEC:	COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA			
CIC FINAL:			
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO - S923			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
07/05/2020	07/05/2020		
Descrição da Cirurgia:			
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS DO METATARSO PE DIREITO CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EXPOSTA OSSOS ANTERPE PE DIREITO			
EQUIPE: CIRURGIAO: CARLOS GONÇALVES 1º AUX. JORGE FERRAZ ANESTÉSISTA: DULCÍDIO CAVALCANTI			
Descrição Cirúrgica 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO CAMPOS ESTEREIS MEMBRO INFERIOR DIREITO 3) VERIFICAÇÃO DE FERIMENTO EXTENSO EM DORSO PE DIREITO É FRATURA EXPOSTA 2º, 3º E 5º METATARROS 4) LIMPEZA EXAUSTRIVA COM SF 0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO 5) FIXAÇÃO INTRAMEDULAR DO 2º MTT COM 01 FIO KIRSCHNER 2,0mm 6) SUTURA FERIMENTO COM FIO NYLON + CURATIVO 7) TALA BOTA			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 18

Paciente: 1110886 - RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Idade: 33 Anos 9 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 13/09/1986

Prestador Assistente: THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 29375

Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3450488

Leito: CORREDOR-J1-S

Admissão: 07/05/2020 20:51

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 835223 (FECHADO)

Responsável: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES - CRM 13339 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

07/05/2020

Data/Hora do Documento:

07/05/2020 23:12

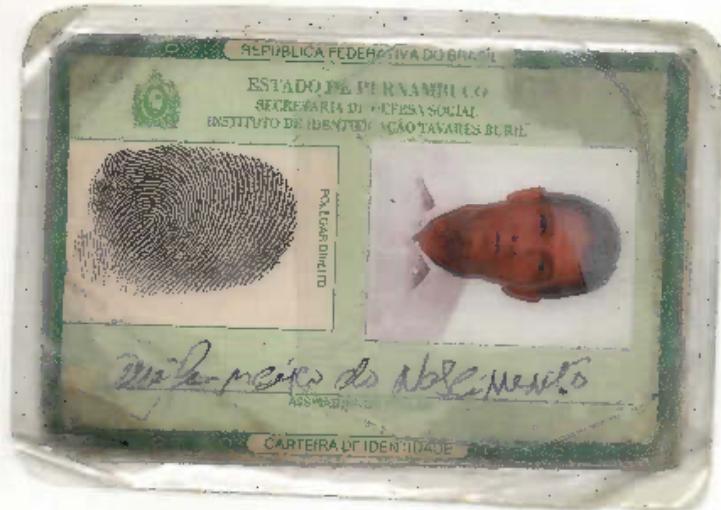
#CENTRO CIRURGICO#

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA EXPOSTA OSSOS METATARSO PE DIREITO.

CONDUTA: RX CONTROLE.

CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
CRM 13339





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 22

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 016378913553

DETTRAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	ODÓ. INICIAL	PNC/R.C.	EXERCÍCIO
1	31.54062470	2020-2021	2020
NOME			
DILEA MARIA DE FREITAS			
VEÍCULO		PLACA	
062.423-400-27		PNU2973	
PLACA PNT. 062.423-400-27		CHASSI	
2020-2021		18000000000000002417	
TIPO		COMBUSTÍVEL	
P/03 / PROTOTIPO		ALCO/CELOS	
MARCA/PRODUTO		ANOTAÇÃO ANUAL	
YAMAHA/2018 YAMAHA XMAX 300		2018 / 2018	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
P/03 / 2020		VERMELHO	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	22.000,00	22.000,00	VENCI. COTAS
P			
V	FAIXA LARIA	PERGAMENTO/COTAS	2 ^a
A			3 ^a
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - IGF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO	
0,10		0,00 22.00 31/02/20	
OBSERVAÇÕES			
AV. RIO. BANCO YAMAHA MENTOR DO RIO			
COLTURA			DATA 02/07/20

DETRAN-PE

CONTRAN



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
 Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 23

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Ricarly Rannieri de Fraga Pomes
Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil:

Identidade: 5.360.877 SDS-PE

CPF: 041.389.444-43

Profissão: Estudante

Endereço: Rua Mignio Mariano, 34-B

CEP: 52260-440

Telefone: (81) 9.8889.0029

OUTORGADO:

Nome: Gerson Francisco de Fasamento
Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Identidade: 2.881.962 SDS-PE

CPF: 610.027.364-04

Profissão: Despachante

Endereço: Gravatá, 04114-000

CEP: 56310-060

Telefone: (81) 9.8889.0029

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIBER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fio e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima.

Olinda, 20 de Agosto de 2020

Lugar e data

Ricarly Rannieri de Fraga Pomes

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260591/20

Vítima: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

CPF: 071.329.474-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2020

Titular do CPF: RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO : 510.027.364-04

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

RISTANRLY RANNIERY DE FRAGA GOMES : 071.329.474-43

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: 15/09/2020
Nome: GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO
CPF: 510.027.364-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GESSE FRANCISCO DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 11:05:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122111050899000000093570995>
Número do documento: 21122111050899000000093570995

Num. 95627107 - Pág. 25