



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

13
13
13

PROCURAÇÃO AD JUDICIA/CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: JOSUÉ CAVALCANTE DOS SANTOS, brasileiro, portador da cédula de identidade de nº 7.870.876 - SDS/PE e inscrito no CPF sob o número 080.631.044-80, residente e domiciliado na Rua Santa Luzia, nº 30, Centro, Toritama, CEP: 55125-000 Pernambuco.

OUTORGADOS: Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador o advogado **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317 com endereço profissional na Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz, Santa Cruz do Capibaribe – PE, CEP 55190 – 000, onde recebe as citações.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral com a cláusula “ad judicium”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente de seu interesse, podendo, para tanto, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, de modo a praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme, justo e valioso.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito.

Parágrafo 1- Se o valor acertado no “caput” for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas secures tórias) o contratante obriga-se a complementar o restante.

Parágrafo 2- Os valores dos honorários serão pagos à **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PE nº 1317, RG 2812799 SSP/PB e inscrito no CPF sob o número 062.042.834-13, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Santa Cruz do Capibaribe – PE, 04 de março de 2015.

Josué Cavalcante dos Santos
JOSUÉ CAVALCANTE DOS SANTOS
OUTORGANTE

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 9808 – 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



RODRIGO ARAÚJO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

14
14
unB

DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSUÉ CAVALCANTE DOS SANTOS, brasileiro, portador da cédula de identidade de nº 7.870.876 - SDS/PE e inscrito no CPF sob o número 080.631.044-80, residente e domiciliado na Rua Santa Luzia, nº 30, Centro, Toritama, CEP: 55125-000, Pernambuco, por intermédio de seu advogado *in fine* firmado, constituído e qualificado em outorga anexa, com escritório à Rua Tomé de Souza, 108, nova santa cruz, Santa Cruz do Capibaribe, declaro que não possuo condições de suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Josué Cavalcante dos Santos
JOSUÉ CAVALCANTE DOS SANTOS

Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz
Santa Cruz do Capibaribe – PE
(81) 9808 – 0443
(81) 9111- 0343
(81) 9522 - 5304



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA COMARCA DE CARUARU

15
P 15
jul

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Josue Lavalcante dos Santos
inscrito no CPF: 080 . 631 . 044 - 80, vem solicitar com respaldo no Art. 1º da Instrução Normativa nº 16 do TJPE de 01.10.2014, publicada em 02.10.2014, edição nº 181/2014, que os presentes autos que versam sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Especializada de Mutirões de Conciliação da Comarca de Caruaru, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Caruaru, 05 de março de 2015

“DE ACORDO”

Josue Lavalcante dos Santos

VITIMA: JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS
SINISTRO: 2014818744 / Seq: 001
NATUREZA: Invalidez

USUÁRIO: Carlos Antonio Correa de
Carvalho
STATUS: Pagamento comandado
EMIÇÃO: 03/02/2015

16
16
we

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Beneficiário	CPF	Tipo Beneficiário	Valor à pagar	Dados Bancários
1	JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS	08063104480	Beneficiário	R\$ 1.687,50	Bco: 237/Ag: 2295-0 /Cta: 359-0



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14I0319095457

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
16/09/2014 às 13:52

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 24/06/2014 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: **COQUEIRAL , 0** - Bairro: **COHAB** - Município: **TORITAMA** - Estado: **PERNAMBUCO**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS

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

(VITIMA) - JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS; Sexo: **Masculino** ; Pai: **LUIZ DE ALBUQUERQUE**; Mãe: **EULINA CAVALCANTE DOS SANTOS**; Data de Nascimento: **21/04/1941**; Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **7870876 (RG) , 080.631.044-80 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO** ; Telefone de Contato: **(81)9292-3691**; Telefone Celular: **NÃO INFORMADO** ;
Endereço Residencial : **SANTA LUZIA , 0; 55125-000; CENTRO; TORITAMA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **BROS**; Placa: **PFZ5144**; Cor do Objeto: **PRETA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)** ; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

NO FINAL DA MANHA DO DIA 24 DE JUNHO, EU ESTAVA VOLTANDO DO TRABALHO PARA CASA, QUANDO PERTO DA PADARIA RENASCER UMA HILUX PRETA INVADIU A RUA NA CONTRA MÃO, E FEZ COM QUE UMA MOTO QUE ESTAVA NA MINHA FRENTE FREASSE BRUSCAMENTE, SÓ QUE COM ISSO EU COLIDI NA MOTO, POR QUE NÃO TIVE TEMPO DE DESVIAR DA MESMA.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia , de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Cavalcanti dos Santos portador da carteira de
identidade nº 7.870.876 e inscrito no CPF/MF sob o nº 080.631.044-80
residente e domiciliado na R. Santa Luzia, 11-30
Cidade Pontal Estado Pernambuco 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a 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 Líder 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
6.194/74.

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 impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

José Cavalcanti dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Luzia do Capibaribe - 17/09/14

Local e data

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029



SMU

19
19/06

SECRETARIA
DE SAÚDE
FICHA DE EMERGÊNCIA

TORTIMA

Hora do atendimento: 11:07 / Data: 24/06/14 Reg.: 131794

Nome: FRAZ CAVALCANTE DOS SANTOS

Sexo: (X) Masculino () Feminino Idade: 73 Data de Nascimento: 21/09/1941

Estado Civil: (X) Solteira () Casada () Outros SUS

Filiação: R. SOLEIDE JOSEFA PEREIRA

Endereço: RUA DE COQUEIRO 7 COQUEIRO

Profissão: RG: Nº Doc.:

Médico:

Histórico da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU com
ma de acidente em motocicleta, apresentando
ferimento forte contuso em calcâneo (E), lesão
humeral em cotovelo (E).

Exame Físico: consciente, orientado, eupríico,
apêndices, acianótico, não ferido de
concepção ou membros.

PA: Pulso: Temperatura: HGT: Peso:

Diagnóstico Provisório: Acidente em motocicleta.

Conduta:

@ Sutura + curativo

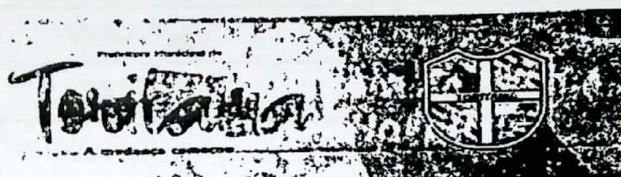
Hora da liberação do paciente:

Drª Ingrid F. Lages Pereira
Médica
CRM - PE 20492
Médico CRM

(EDR)
Serv. Téc. de Sogo Ltda
19 SET. 2014
PROTOCOLO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

SECRETARIA
DE SAÚDE



Toritama, 21 de Julho de 2014.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

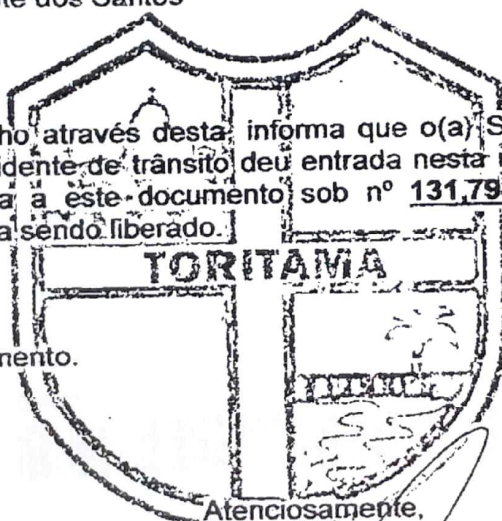
Declaração de Nº 214/2014

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: Josué Cavalcante dos Santos

Venho através desta, informa que o(a) Sr(a): **Josué Cavalcante dos Santos**, vítima de acidente de trânsito deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência anexa a este documento sob nº **131.794**, no dia **24/06/2014**, sendo atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.



Atenciosamente,

MATEUS EMANUEL TAVARES
Diretor Ad. Administrativo

81 3741.1811

Fundo Municipal de Saúde de Toritama
CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua Manoel Tenório -162
Centro, Toritama, Pernambuco, CEP: 55125-000

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda

1º SET. 2014

PROTOCOLO

Sua busca por placa: PFZ5144 UF: PE CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação
⊕ 2014	R\$292,01	Quitado

(*) Motocicleta

OUTROS

1004054



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO FAVARES BURJI

101

POLEGAR DIREITO

Josue Cavalcante dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

7.870.876

DATA DE EXPIRACAO 10/08/2005

NOBRE << JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS >>

FRACAO << LUIZ DE ALBUQUERQUE >>

<< EUUNA CAVALCANTE DOS SANTOS >>

NACIONALIDADE CARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO 21/04/1941

DOC. OFICIAL << CN 25.133 LA19 F.273V CART. DIST. CARAPITOS CARUARU >>

28.01.2005 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N° 116 DE 29.08.83

F-18 88.108

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

974.637.044-80

JOSUE CAVALCANTE DOS SANTOS

IDENTIFICACAO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037



(EDR)

Serv Téc de Segs Ltda

19 SET. 2014

PROTOCOLO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Carlos de S. Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.370.876

EXPEDIDO POR S.D.5

EM 10/08/05

CPF 080631044-80 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Carlos de S. Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da preservação à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: ablação para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPOANÇA operação 013 da CEF aberta em Estabelecimento Financeiro com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 234 - AGÊNCIA 2295-0 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 359-0
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASILEIRO
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO, CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santa Cruz do Cap. Bar. Li DATA 17/05/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) José Carlos de S. Santos **PROTOCOLO**

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

Serv. Tec. 0664/008
19 SET. 2014

24
P 24
11/03



(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
19 SET. 2014
PROTOCOLO

25
25
ml

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Cavaleante dos Santos

RG nº 7.870.876, data de expedição 10/08/05, Órgão S.D.S.

CPF nº 080.631.044-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Santa Luzia</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.120-00</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Luzia do Cariri - 17/08/14

Assinatura do Declarante: José Cavaleante dos Santos

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

(EDR)
Serv Téc de Segs Ltda

19 SET. 2014

PROTOCOLO

