

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

Reginaldo Pereira Rossi
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

Sarita Urana Rossi
Advogada OAB/SC 45.461

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES, brasileiro, solteiro, agricultor, portadora do RG n.º 99097163898 SSPD e CPF n.º 900.993.623-68, não possuindo endereço eletrônico, residente e domiciliado a Rua Professor Maciel de Carvalho nº 19, Mondego, Baturité, Ceara CEP 62.760-000.

OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 11.606, com escritório profissional sito a Rua XV de novembro 964, Baturité, Ceara, CEP 62.760-000.

PODERES:

O **OUTORGANTE** nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os **OUTORGADOS** seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, **REPRESENTA-LO(A)** em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula “ad judicium” et “extra” e os especiais de **transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato**, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato.

Baturité, 13 de março de 2019

Antonio de Padua Soares Gomes

ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

CPF n.º 900.993.623-68

Unidade Palhoça - Santa Catarina
Rua João Jose da Silva nº 70, Aririu,
Palhoça/SC - CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6876 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Criciúma - Santa Catarina
Rua João Chedini nº 31,
Bairro Pio Corneia, Criciúma/SC - CEP 88811-500
Telefone: (48) 999-480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Baturité - Ceara
Rua XV de Novembro nº 964, Centro,
Baturité, Ceara, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4321 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

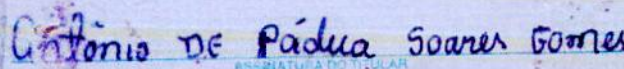
Unidade Vila Mariana São Paulo
Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 | (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

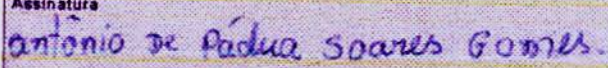
Eu, **ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portadora do RG n.º 99097163898 SSPD e CPF n.º 900.993.623-68, não possuindo endereço eletrônico, residente e domiciliado a Rua Professor Maciel de Carvalho n.º 19, Mondego, Baturité, Ceara CEP 62.760-000, **DECLARO**, para todos 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, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 13 de março de 2019.

Antonio de Padua Soares Gomes
ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES
 CPF n.º 900.993.623-68

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 99097163898	DATA DE EXPEDIÇÃO 29/10/1999	ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES		 	
FILIAÇÃO FRANCISCO SOARES ARRUDA E HELENA GOMES PEREIRA			
NATURALIDADE ITAPIUNA-CE	DATA DE NASCIMENTO 13/11/1981		
DOC ORIGIN CERT. NASC. 2.942 L A. 04 F	100V CAIO BRADO, ITAPIUNA, CE		
CPF	ASSINATURA DO DIRETOR	CARTeira DE IDENTIDADE	
FORTALEZA-CE	LEI N° 7.116 DE 29/08/83		

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

 ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

S
E
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 03/12/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

Nº de Inscrição
900993623-68

Data do Nascimento
13/11/81





Nº de Inscrição:

018926045

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

End. Leitura: RU PRO MACIEL DE CARVALHO, 19, MONDEGO

Cidade: BATURITE

CEP: 62760-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 016

Setor: 002

Quadra: 0142

Lote: 0080

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A12F185821	488	495	7	6

DATAS

Leitura Atual: 28/11/2018

Emissão: 28/11/2018

Lacre Água: 1765257

Leitura Anterior: 27/10/2018

Próxima Leitura: 28/12/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	041	041	010	041	041
Analisadas	041	041	010	041	041
Em conformidade	041	036	003	041	041

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 24,96. Caso pago, desconsiderar.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

	Valor (R\$)	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	nov/17	8	0
MULTA DE 2%	0,49	dez/17	7	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,29	jan/18	6	0
		fev/18	7	0
		mar/18	5	0
		abr/18	5	0
		mai/18	6	0
		jun/18	5	0
		jul/18	6	0
		ago/18	5	0
		set/18	6	0
		out/18	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24
COFINS	1,20

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	39,48
VALOR DO SUBSÍDIO	14,30
VALOR TOTAL A PAGAR	25,18

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

11/2018

10/12/2018

25,18

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 358299056298397 L: 0297 H: 09:33:31 R: 024 P: 001

Bancos: Bradesco, BPA, Itaú, BN, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 283 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/04/2019 às 12:08, sob o número 01271436320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127143-63.2019.8.06.0001 e código 475BB05.

ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA

Reginaldo Pereira Rossi
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

Sarita Urana Rossi
Advogada OAB/SC 45.461

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: ANTÔNIO DE PADUA SOARES GOMES

Brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AGRICULTOR, Portador(a) da identidade nº 99097163898

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 900.933.623-68

Telefone: (85) 98734-1915 residente e domiciliado(a) a Rua

RUA PROFESSOR MACIEL DE CARVALHO n.º 19

Bairro: MONDEGO, Cidade: BATURITÉ CEP: 62.760-000

Email: NÃO POSSO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

RUA PROFESSOR MACIEL DE CARVALHO n.º 19

Bairro: MONDEGO, Cidade: BATURITÉ CEP: 62.760-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 26 / 03 / 2019.

Antônio de Padua Soares Gomes
ASSNATURA

Unidade Palhoça - Santa Catarina
Rua João José da Silva nº 70, Anália,
Palhoça/SC - CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6876 | (48) 99417-0436 | (48) 3033-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Criciúma - Santa Catarina
Rua João Chedinel nº 31,
Bairro Pio Correia, Criciúma/SC - CEP 88811-500
Telefone: (48) 999480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Baturité - Ceará
Rua XV de Novembro nº 964, Centro,
Baturité, Ceará, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Vila Mariana São Paulo
Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com



www.rossierossiadvocacia.com.br



www.facebook.com/rossierossiadvocacia



(48) 9 96546876

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

 Brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO

 Profissão: AGRICULTOR, Portador(a) da identidade nº 99097163898

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 900.993.623.08

 Telefone: (85) 98734-1915 residente e domiciliado(a) a Rua

RUA PROFESSOR MACIEL DE CARVALHO n.º 19

 Bairro: MUNDEGO, Cidade: BATURITÉ CEP: 62.760-000

 Email: NÃO POSSUI

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial, de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

 Baturité, 26/03 /2019.

Antônio De Padua Soares Gomes
 DECLARANTE

TESTEMUNHAS:
NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA
CPF: 063.185.183.63
ASSINATURA: _____

NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA
CPF: 062.540.643-59
ASSINATURA: _____

DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARA**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**.

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité, 26 / 03 / 2019.

Antônio de Paula Soares Gomes
DECLARANTE

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Arbi-Ackel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

 EU: ANTONIO DE PADUA SORRES GOMES

 Brasileiro(a), Estado Civil: SOLTEIRO

 Profissão: AGRICULTOR, Portador(a) da identidade nº 990971638-98

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 900.993.623-68

 Telefone: (35) 98434-1915 residente e domiciliado(a) a Rua

RUA PROFESSOR MACIEL DE CARVALHO n.º 19

 Bairro: MUNDEGO, Cidade: BATURITÉ CEP: 62.760-000

 Email: NÃO POSSUI

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

☒ não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou

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

☐ estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para 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 de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

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

Antônio de Padua Sorres Gomes
DECLARANTE

 Baturité, 26 / 03 / 2019.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 1910 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/09/2018 14:09:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/08/2018 13:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SENADOR JOÃO CORDEIRO**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **BATURITE/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ALOISIO SOARES GOMES**
 Nascimento: **17/05/1974** CPF:
 RG: **13475814** Órgão Emissor: **PM** UF:
 Filiação: **HELENA GOMES PEREIRA**
FRANCISCO SOARES ARRUDA
 Endereço: **VIA 2ª CIA DO 4º BPM** CEP:
 Bairro: **LAGES** Município: **BATURITE/CE** Telefone: **(85) 3347-4244**
 País: **BRASIL**

Histórico

Afirma o declarante acima qualificado e advertido das penalidades previstas nos artigos 340 e 342 do CPB, que na data, local e hora supracitados que seu irmão ANTÔNIO DE PADUA SOARES GOMES, portador do RG nº 99097163989, CPF nº 900.993.623-68 foi vítima de acidente de trânsito; Que vinha conduzindo sua motocicleta (HONDA/CG 125 KS, PLACA NQW-3487 ANO 2009 COR PRETA) trafegava pela Rua Senador João Cordeiro quando o condutor da motocicleta OSG 6404, chamado "KAIAN" não parou em um cruzamento com a referida avenida e veio a colidir com seu irmão, que seu irmão estava na via preferencial; Que com o acidente a vítima teve fratura no joelho esquerdo(planalto tibial), escoriações no corpo; Que um homem que estava próximo ao local levou em um carro a vítima para a UMPA de Baturité; Que após os primeiros atendimentos foi transferido para o Hospital de Aracoiaba/CE; Que a motocicleta pilotada pela vítima pertencia ao próprio vitimado; Que a previsão para a recuperação é de mais de 3(três) meses, pois passou por uma cirurgia recentemente, Que está tomando alguns medicamentos receitados pelo o médico; Que trouxe como testemunhas do fato PAULO ALEX DE LIMA DA SILVA RG Nº 2003009096154 e FRANCISCO DE ASSIS DE FREITAS DA SILVA RG Nº 98097171469; E nada mais disse.//////

TESTEMUINHAS:

PAULO ALEX DE LIMA DA SILVA:
Paulo Alex de Lima da Silva
 FRANCISCO DE ASSIS DE FREITAS DA SILVA:
Francisco de Assis de Freitas da Silva

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 1910 / 2018**

Todas as informações contidas nesse Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante e de suas testemunhas;

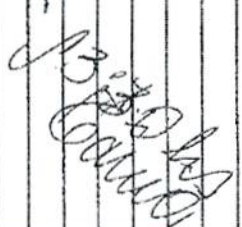
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE WILTON DELEINO DE SOUZA - MAT.: 30118650****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Alaísio Soares Gomes***VISTO DO DELEGADO(A) :****JOEL DA SILVA MORAIS - MAT.: 300586-1-5**

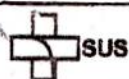


PREFEITURA MUNICIPAL DE BATURITÉ
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Municipal de Pronto Atendimento

Nº

56

Data: 22/8/18	Hora: 13:12	Chegou: () Andando () Cadeira de Rodas () Maca	SINAIS VITAIS	
Paciente: Ant ^e de Padua Soares Gomes			P.A:	Pulso:
Nome da Mãe: Helena (v. Padua) Soares			Temp:	Dx:
Idade: 37	Sexo: F	Data Nasc: 13/11/81	F.R:	
Endereço:			F.C:	
Bairro:	Cidade: Baturité	Estado: CE	Recepcionista:	Sat02:
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: História de acidente com trauma em 2010 no abd. local desconhecido, do antebraço direito e do dorso da mão esquerda. Ref. febre, anorexia. Não tomou vac. c/boia.				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:				
EXAMES SOLICITADOS:			HORÁRIO	ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1) Imp. progressiva.				
2) Imp. de amarelo.				
				
Dr. Paulo Roberto de Menezes CRM: 15000				
Observações Adicionais:				
Assinatura do Responsável: 			Assinatura e Carimbo do Médico	



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDO

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Luiz Carlos A. Melo
Médico
CRM-CE 12.275
ARACOIABA CE

Procedimento realizado pelo SUS
Sistema Único de Saúde sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio
Diretor do Hospital



HISTÓRIA CLÍNICA

ANAMNESE:

paciente com febre alta
por 05 dias consecutivos

MEDICAÇÃO:

1- Paracetamol 500mg - 2x/dia
2- Amoxiclavina 625mg - 3x/dia

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

03/38

DR. Luiz Carlos A. Melo
Médico
CRM-CE 12.275

ENCAMINHAMENTO:

EXAMES:

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO TEC. ENFERMAGEM



LOURDES HELENA DOS SANTOS ROCHA

PROLOG TECNOLOGIAS

SAME - HMSI

Código

12377

DATA DE ATENDIMENTO: *

22/08/2018

PSF: *

OUTROS ▼

CARTÃO SUS: *

704106158428171

PACIENTE: *

ANTONIO DE PAULA SOARES GOMES

DATA DE NASCIMENTO: *

13/11/1981

IDADE: *

37

ENDEREÇO: *

MONDEGO

BAIRRO: *

ZONA RURAL ▼

TELEFONE: *

(85) 9639-9974

MUNICÍPIO/CEP: *

BATURITE ▼

MUNICÍPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: *

1 VEZ ▼

RAÇA/COR: *

PARDO ▼

SEXO: *

MASCULINO ▼

TRIAGEM ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL:

ESCALA DE DOR ▼

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ▼

PROCEDIMENTO PRINCIPAL: ▼

OBSERVAÇÕES:

Código

12377

DADOS DO ATENDIMENTO:

☐ CIRURGIA GERAL☒ CLINICA MEDICA☐ CURATIVO☐ INTERNAMENTO☐ OBSERVAÇÃO☐ ORTOPIEDIA☐ PEQUENA CIRURGIA☐ RADIOGRAFIA☐ RETIRADA DE PONTOS☐ SALA DE PARADA☐ TRIAGEM☐ ULTRASSONOGRAFIA

NUMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

☐ CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO☐ EDUARDO DE LIMA MEDEIROS SILVA☐ FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR☐ FRANCIRENE TAVARES AGUIAR OLIVEIRA☐ FRANCISCO FELINTO AGUIAR DE MOURA FILHO☐ FRANCISCO JARBAS LOPES DE ALMEIDA☐ FRANCISCO MARCIO DE OLIVEIRA LUZ☐ HELIO DE MORAIS PINHO☐ JOAO AGUIAR BRITO☐ JOSE MARCELO VIDAL PORTO☐ KAIKE VIEIRA PINHEIRO☒ LUIZ CARLOS A. MELO☐ MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA☐ RAIMUNDO CARLOS CESAR VENANCIO BATISTA☐ THOMAS GREGORY☐ VALTER CESARIO DE FREITAS

ASSINATURA DO PACIENTE:

** Antonio de Paula Soares Gomes*

ASSINATURA DO RESP. SAME:

CASSIA

Secretaria Saúde
Onix 30/08/2018
Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

Diretor do Hospital

Alterar Pesquisar



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME Antônio de Paiva S. Gomes N.º PRONTUÁRIO

ENFERMARIA BLOCO LEITO

23/08/18 - Aguardando transferência
do Hospital / Excluído pré-operatório
e TC joelho

Dr. Marco Antônio Costa
Ortopedia e Traumatologia
RPM 6421

27/08 Exatidão bem
RPM
cd: UPM

Aguardando Transferência

Exame realizado pelo SUS
Sistema Único de Saúde sem
custo para o paciente ou
seu responsável
Diretor do Hospital

PROLOG TECNOLOGIAS

SAME - HMSI

Código

12400

DATA DE ATENDIMENTO: *

23/08/2018

PSF: *

OUTROS ▼

CARTÃO SUS: *

704106158428171

PACIENTE: *

ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

DATA DE NASCIMENTO: *

13/11/1981

IDADE: *

36

ENDEREÇO: *

MONDEGO

BAIRRO: *

ZONA RURAL ▼

TELEFONE: *

(85) 8855-8714

MUNICIPIO/CEP: *

BATURITE ▼

MUNICIPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: *

1 VEZ ▼

RAÇA/COR: *

PARDO ▼

SEXO: *

MASCULINO ▼

TRIAGEM ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL:

ESCALA DE DOR ▼

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ▼

PROCEDIMENTO PRINCIPAL: ▼

OBSERVAÇÕES:

Código

12400

DADOS DO ATENDIMENTO:

☐ CIRURGIA GERAL☐ CLINICA MEDICA☐ CURATIVO☐ INTERNAMENTO☐ OBSERVAÇÃO☒ ORTOPEDIA☐ PEQUENA CIRURGIA☐ RADIOGRAFIA☐ RETIRADA DE PONTOS☐ SALA DE PARADA☐ TRIAGEM☐ ULTRASSONOGRAFIA

NUMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

☐ CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO☐ EDUARDO DE LIMA MEDEIROS SILVA☐ FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR☐ FRANCIRENE TAVARES AGUIAR OLIVEIRA☐ FRANCISCO FELINTO AGUIAR DE MOURA FILHO☐ FRANCISCO JARBAS LOPES DE ALMEIDA☐ FRANCISCO MARCIO DE OLIVEIRA LUZ☐ HELIO DE MORAIS PINHO☐ JOAO AGUIAR BRITO☐ JOSE MARCELO VIDAL PORTO☐ KAIKE VIEIRA PINHEIRO☐ LUIZ CARLOS A. MELO☒ MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA☐ RAIMUNDO CARLOS CESAR VENANCIO BATISTA☐ THOMAS GREGORY☐ VALTER CESARIO DE FREITAS

ASSINATURA DO PACIENTE:

Maria Rosalia Gadelha Lopes

ASSINATURA DO RESP. SAME:

LOURDES HELENA

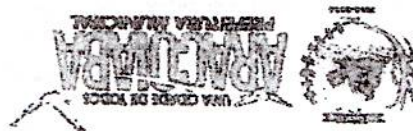
Sebastião Sampaio
Entregue: 30/10/2018
Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

Diretor do Hospital

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DO TEC. ENFERMAGEM

HISTÓRIA CLÍNICA	
ANAMNESE:	
MEDICAÇÃO:	
ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM	
ENCAMINHAMENTO:	
EXAMES:	





NOME: ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

SOLICITO:

- FISIOTERAPIA MOTORA PARA JOELHO ESQUERDO
COM CARGA TOTAL ____ 30 SESSÕES

MOTIVO:

- FRATURA DE PLATO TIBIAL

OBJETIVOS

- GANHO DE ADM
- ALONGAMENTO
- FORTALECIMENTO
- PROPRIOCEPCAO
- TREINO DE MARCHA

Joelmas Brito A. Neto
Fisioterapeuta
Atendimento Cirurgias de Joelho
CRM 13510 / RQE 7310

Fortaleza, 19/10/2018



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 28/08/2018

DATA DA ALTA: 03/09/2018

BE/PRONT: 5578163

CIDADE DE ORIGEM: BATURITE

IDADE: 36

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tíbia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Ângelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass: _____

Data: 03/09/18

Retornar dia: ____/____/____

Hora: _____ para

Dr. _____

Dispensa do trabalho por :

30 (Trinta) dias



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

108
12-Vez

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

IDADE 9:56.	CLÍNICA C.T	BLOCO/LEITO	CATEGORIA SUS.
NOME Antonio de Padua Soares Gomes			REGISTRO 055.047.
NATURALIDADE Itapiruna	SEXO M.	NASCIMENTO 13.11.1981.	IDADE 36. COR P. RELIGIÃO Católica
ESTADO CIVIL Solteiro	PROFISSÃO Caixa	GRAU INSTRUÇÃO Em média completa	PROCEDÊNCIA Baitão.
RESIDÊNCIA Rua Professor Maciel de Azevedo, Nondede	BAIRRO	FONE 055 8855 3714.	
FILIAÇÃO Francisco Soares Amadeu Weline Gomes Pereira			
NOME DO CONJUGE			
PESSOAA NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA Maria Rosalia			PARENTESCO Esposa.
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE	
RESPONSÁVEL			PARENTESCO
RESIDÊNCIA	BAIRRO	FONE	
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO RG. 49097383898 SUS. 704.1061.5842 8171.			
DATA DA INTERNAÇÃO 23/8/18	DATA DA SAÍDA 28/08/18	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
ALTA	ÓBITO		
CONDIÇÕES	TIPO	☐ 0 INEXISTÊNCIA DE DADOS ☐ 1 ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ 2 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs ☐ 3 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs ☐ 4 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM 72 hs E NA 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 5 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO ☐ 6 ÓBITO POR ANESTESIA	
☐ 1 CURADO ☐ 2 MELHORADO ☐ 3 INALTERADO ☐ 4 A PEDIDO ☐ 5 INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO	☐ 6 ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO DO HOSPITALAR) ☐ 7 POR INDISCIPLINA ☐ 8 POR EVASÃO ☐ 9 PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		CÓDIGO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIOS		CÓDIGO	
OPERAÇÃO		CÓDIGO	
ÓBITO ☐ ANTES DE 24hs ☐ DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA ☐ SIM ☐ NÃO		
OBSERVAÇÕES			
Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) se n nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio DIRETOR DO HOSPITAL			
GAGE - FUNCIONÁRIO		MÉDICO ASSISTENTE - CRM	



NOME: ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE SEGURIDADE SOCIAL E TRABALHISTAS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA POR FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO EM AGOSTO/2018 TRATADO CIRURGICAMENTE.

APRESENTA ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO NORMAL (FUNCIONAL).

EM DEMBULACAO SEM AUXILIO DE MULETAS

RECEBE ALTA AMBULATORIAL DEFINITIVA TENDO COMO SEQUELAS:

- CICATRIZ CIRURGICA**
- EDEMA RESIDUAL EM JOELHO ESQUERDO**
- DORES RESIDUAIS CRONICAS**

CID: S82.1

19/10/18

Joantas Brito A Neto
Trauma Ortopedico
Artroscopia/Cirurgia do Joelho
CRM 13510 / RQE 7510

SINISTRO 3180560420 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES
CPF/CNPJ: 90099362368

Posição em 29-03-2019 16:16:49

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/02/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	
07/12/2018	Exigência Documental	
07/12/2018	Aviso de Sinistro	

(35) 9 8734-1915

(35) 9 9104-0040

**ROSSI & ROSSI
ADVOCACIA****Reginaldo Pereira Rossi**
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065**Sarita Urana Rossi**
Advogada OAB/SC 45.461**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS****CLAUSULA 1ª - DAS PARTES:**

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços advocatícios, que entre si fazem partes que segue:

1.1 ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG n.º 99097163898 SSPD e CPF n.º 900.993.623-68, não possuindo endereço eletrônico, residente e domiciliado a Rua Professor Maciel de Carvalho n.º 19, Mondego, Baturité, Ceara CEP 62.760-000 adiante denominado **CONTRATANTE**;

1.2 SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ n.º 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC n.º 3783, localizada na Rua João Jose da Silva n.º 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o n.º 11.606, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem como justas e contratadas as cláusulas a seguir descritas:

CLAUSULA 2ª - DO OBJETO

A **CONTRATADA**, na forma estatuída pela Tabela de Honorários Advocatícios, Seccção do Ceara e os preceitos de Ética e do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil (Lei n. 8.906 de 04.07.94), compromete-se com todo o zelo, diligência e os recursos de seu saber a prestar serviços profissionais, nos termos do instrumento de mandato recebido, a defender os interesses do **CONTRATANTE**, com fins específicos de propositura e acompanhamento de ação de cobrança em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e Bradesco Seguros.

CLAUSULA 3ª - DA REMUNERAÇÃO

Em remuneração dos referidos serviços profissionais, obriga-se o **CONTRATANTE** a pagar à **CONTRATADA**, a título de honorários advocatícios, a importância de 30% dos valores auferidos em sentença transitado em julgado ou em acordo homologado pela propositura da demanda; O **CONTRATANTE** não se opõe que o **CONTRATADO** negocie honorários de sucumbência com a parte contrária em caso de acordo.

Parágrafo primeiro: Permanece em favor da contratada a totalidade dos valores condenados a título de sucumbência em sentença ou acordo judicial ou extrajudicial pagos pelo Réu.

Parágrafo segundo: Em caso de acordo na demanda após o ajuizamento da mesma permanecem na sua totalidade os honorários previstos na cláusula 2 e parágrafo primeiro em favor da contratada, bem como o valor que seria devido a título de sucumbência na proporcionalidade dos trabalhos realizados.

Parágrafo terceiro: As custas processuais, perícias e demais despesas processuais ficarão por conta do **CONTRATANTE**.

CLAUSULA 4ª - DO ALVARA JUDICIAL

Em caso de sentença de procedência ou acordo judicial ou extrajudicial, a parte contratante, desde já, **AUTORIZA QUE SEJA EMITIDO ALVARA DO VALOR TOTAL DO ACORDO OU DA SENTENÇA, A SER LEVANTADO PELOS SEUS PROCURADORES DESCRITOS NO ITEM 1.2 EM CONJUNTO OU SEPARADAMENTE, ESTE CONTENDO O VALOR DA INDENIZAÇÃO PRINCIPAL E DOS HONORARIOS DE SUCUMBENCIAS.**

Unidade Palhoça - Santa Catarina
Rua João Jose da Silva nº 70, Aririu,
Palhoça /SC - CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6876 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Criciúma - Santa Catarina
Rua João Chesnel nº 31,
Bairro Pio Correia, Criciúma/SC - CEP 88811-500
Telefone: (48) 999480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Baturité - Ceara
Rua XV de Novembro nº 964, Centro,
Baturité, Ceara, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Vila Mariana São Paulo
Espaço Co Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

www.rossierossiadvocacia.com.brwww.facebook.com/rossierossiadvocacia

(48) 9 96546876

Parágrafo primeiro: Caso a parte contratante, receba pessoalmente ou por outro interposto o valor total descrito no alvará judicial sem prestar contas dos honorários contratuais ou sucumbenciais no prazo máximo de 48 horas após o recebimento do mesmo, incidirá multa de 100% sobre o valor total dos honorários.

CLAUSULA 5ª - DA RESILIÇÃO

Caso qualquer das partes deseje ou de causa a rescisão do presente contrato antes do prazo de pagamento estipulado na clausula 3ª, PRINCIPALMENTE A DESISTENCIA DA AÇÃO POR PARTE DO CONTRATANTE EM QUALQUER TEMPO, com a exceção de seu parágrafo segundo:

a) incidirá em multa no valor de 20% sobre o valor residual total do contato caso os pagamentos sejam mensais, custas processuais, honorários advocatícios e correção monetária, na esteira do art. 408 e seguintes do Código Civil de 2002.

Incidirá multa de 10% sobre o valor total DADO A CAUSA, caso o contrato seja caracterizado como de risco, com pagamento em porcentagem sobre o valor da sentença transitada em julgado, e caso esse não atinja o valor de 1 salário mínimo nacional, esta será remuneração pelos serviços prestados;

CLAUSULA 6ª - DAS OBRIGAÇÕES

Parágrafo Primeiro: Cabe a CONTRATADA;

- a) Empenhar-se na defesa dos interesses DO CONTRATANTE;
- b) Cumprir os prazos legais exarados pelo judiciário;
- c) Comunicar a CONTRATANTE dos fatos ocorridos no decorrer do procedimento;
- d) Comparecer as audiências ou na sua falta, determinar que outro profissional de sua confiança o faça;
- e) Dar-se por intimados dentro dos prazos legais, quando lhe for imputada pelo judiciário tal obrigação;

Parágrafo Segundo: Cabe a CONTRATANTE;

- a) fornecer todos os documentos e dados fiéis e necessários A CONTRATADA em tempo hábil para o bom desempenho dos mandatos e perfeito desembaraço dos profissionais no exercício de suas funções;
- b) Informar em prazo hábil, sobre intimações e recebimentos de documentos, com referencia ao pleito pretendido;
- c) Trazer informações de caráter fáticos para a instrumentalização do procedimento;
- d) **Informar imediatamente sobre mudanças de telefone, E-mail, Endereço completo, e outros meios para sua localização.**
- e) Comparecer as AUDIÊNCIAS, PERÍCIAS e ao escritório da CONTRATADA, quando devidamente solicitados.
- f) Apresentar o rol de testemunhas, informando os dados pessoais, em até 60 (sessenta) dias antes da audiência de instrução e julgamento e levá-las as audiências sempre que requisitadas.
- g) Tendo em vista o art. 231, V, do Código de Processo Civil, caso o contratante consulte o processo eletrônico, se obriga imediatamente a avisar a contratada para que as providências processuais sejam tomadas respondendo, caso contrário, pela sua omissão tendo em vista que se considerará intimado a partir da consulta que fizer Cumprir o presente instrumento contratual.
- h) **Na conformidade do art. 334, § 8º do NCPC, em não comparecendo injustificadamente a audiência de conciliação, fica ciente que poderá ser condenado ao pagamento de multa cominatória de até 2% da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado, a qual será de sua responsabilidade.**

CLAUSULA 7ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Unidade Palhoça - Santa Catarina
 Rua João José da Silva nº 70, Arfrio,
 Palhoça/SC - CEP 88.135-040
 Telefone: (48) 99654-6676 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
 E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Criciúma - Santa Catarina
 Rua João Chedinel n.º 31,
 Bairro Pio Correia, Criciúma/SC - CEP 88811-500
 Telefone: (48) 999480806
 E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Baturité - Ceará
 Rua XV de Novembro n.º 964, Centro,
 Baturité, Ceará, CEP 62.760-000
 Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
 E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Vila Mariana São Paulo
 Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
 Vila Mariana - São Paulo/SP
 Telefone: (11) 97801-4303 | (11) 95277-8945
 E-mail: rossierossiadv@gmail.com

ROSSI & ROSSI ADVOCACIA

Reginaldo Pereira Rossi
Advogado OAB/SC 39.931
OAB/CE 29.065

Sarita Urana Rossi
Advogada OAB/SC 45.461

Parágrafo Primeiro: Se as ações referentes ao presente contrato exigir serviços fora da Comarca de FORTALEZA E REGIÃO DO MACIÇO DE BATURITÉ, ficarão por conta do **CONTRATANTE** as despesas de viagens, transporte, diárias e demais gastos, comprovados fora da sede;

Parágrafo Segundo: A falta de cumprimento de qualquer dos itens do disposto na cláusula 5ª, parágrafo segundo, desobriga a **CONTRATADA** por qualquer prejuízo que possa ocorrer à contratante.

Este instrumento tem caráter de título executivo extrajudicial.

As partes de comum acordo elegem o foro da cidade de BATURITÉ-CE, para dirimir quaisquer dúvidas advindas do presente instrumento.

Baturité ____/____/2019.

Antonio de Padua Soares Gomes
ANTONIO DE PADUA SOARES GOMES
CPF sob nº 900.993.623-68
CONTRATANTE

JANAINA ROBERTO NUNES
ROSSI & ROSSI ADVOCACIA
ADVOGADA
OAB/CE 11.606

REGINALDO PEREIRA ROSSI
ROSSI E ROSSI ADVOCACIA
ADVOGADO
OAB/29.065

Unidade Palhoça - Santa Catarina
Rua João José da Silva nº 70, Anália,
Palhoça/SC - CEP 88.135-040
Telefone: (48) 99654-6876 | (48) 98417-0436 | (48) 3093-9080
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Criciúma - Santa Catarina
Rua João Chedini nº 31,
Bairro Pio Correta, Criciúma/SC - CEP 88811-500
Telefone: (48) 999480806
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Baturité - Ceará
Rua XV de Novembro nº 964, Centro,
Baturité, Ceará, CEP 62.760-000
Telefone: (85) 99733-4331 - (85) 99928-8585
E-mail: rossierossiadv@gmail.com

Unidade Vila Mariana São Paulo
Espaço Co-Working - Rua Afonso Celso, 1200
Vila Mariana - São Paulo/SP
Telefone: (11) 97801-4303 (11) 95277-8945
E-mail: rossierossiadv@gmail.com