



Número: **0810625-02.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO DA CRUZ (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40935982	21/03/2019 11:51	01 PROCURAÇÃO	Procuração
40935993	21/03/2019 11:51	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
40936005	21/03/2019 11:51	03 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
40936012	21/03/2019 11:51	04 PREVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
40936028	21/03/2019 11:51	05 QUESITOS	Outros documentos
40936036	21/03/2019 11:51	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
40936043	21/03/2019 11:51	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
40936061	21/03/2019 11:51	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: HELIO DA CRUZ

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG nº: 1.621.750

CPF nº: 026006164-62

Endereço: AV. LUZINETE MEIRA CAVALCANTI, 10/Bairro: PARQUE DAS ARVORES

Cidade: PARNAMIRIM/RN


CEP: 59.154-220.

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**" para requerer e receber junto aos **Hospitais o boletim do primeiro atendimento e prontuário cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 02 de Outubro de 2018.



HELIO DA CRUZ



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2ª DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA LAGOA SALGADA, 10, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018024000596 1.2 Data de Expedição: 21/03/2018 11:58:32
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/08/2017 22:45:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Urbano 2.7 Logradouro: BR 101
2.8 Número: SN 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: EMAUS 2.13 Cidade: PARNAMIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: HELIO DA CRUZ 3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: VALERIANO DA CRUZ
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA DO CARMO FLAUSINO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 02600616462 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 02/10/1976
3.13 Profissão: COMERCIANTE 3.14 RG: 1621750 - SSP/RN
3.15 Telefone(s): 84 991960106 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 09 3.18 Naturalidade: TAIPÚ/RN
3.19 Bairro: PARQUE DAS ÁRVORES 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: AVENIDA LUZINETE MEIRA CAVALCANTE
3.23 Cidade: PARNAMIRIM 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DP NA DATA DE HOJE E INFORMOU QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA NOH 4391, RENAVAM 00504285556 QUANDO REPENTINAMENTE UMA MOTOCICLETA DE DADOS NÃO IDENTIFICADOS FREIOU BRUSCAMENTE À SUA FRENTE; QUE COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA E FOI ARREMESSADO AO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO EM NATAL/RN, ONDE FOI MEDICADO E LIBERADO; QUE SOFREU FRATURA EM VÁRIAS COSTELAS; QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR MOTOCICLETA; DEPOIS, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

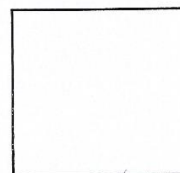
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 21/03/2018 11:58:32


Policial


Interessado



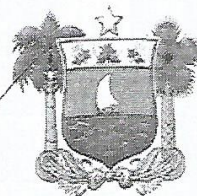
Polegar direito

Atendimento: 1943448 - RODEVAL FRANCISCO DE SALES
Impresso por: 1943448 - RODEVAL FRANCISCO DE SALES em 21/03/2018 11:58:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 36083 /2017

Admissão: 05/08/2017 10:51:06

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 32565 - HELIO DA CRUZ (40 a 10 m 3 d)

Nascimento: 02/10/1976 Natural: TAIPU.BRASIL

CNS: 898002323298846

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DO CARMO FLAUSINO

Pai:

Logradouro: MARIA LACERDA MONTENEGRO, 9

CEP: 59152600

Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.91826657 84 91826657

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 05/08/2017 10:47:14				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: acidente automobilístico tipo colisão moto-moto

Hora: 10:45

ACIDENTE DE MOTO, REVISTA DE MOTO,
DE PAR EM REMITENTE SÓCULO

BR 1000

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	Via Aérea Peris
B	apneia
C	Fluor
D	60/15
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 05/08/17 Hora: 13:07

Técnico: *[assinatura]*

Exame: *[assinatura]*

Médico: *[assinatura]*

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 05/08/17 Hora: 12:11

Técnico: *[assinatura]*

Exame: *[assinatura]*

Médico: *[assinatura]*

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

[assinatura]

RAIOS-X

Realizado em: 1/1 Hora: 1

Técnico: *[assinatura]*

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 05 de Agosto de 2017

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Atualizada

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX Tórax AP
 RX Tórax AP
 RX Abdô e IQ

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Voltar a medicação

João Felipe de Moura Martins
 Cirurgião Geral
 CRM 6295

Fratura do 5º e 7º costelas E. Sem hemorria ou pneumotórax

2) Dexametasona - 02ml + 08ml RA IV
 3) Euvonol 100mg - 01amp + 100ml
 SF, IV, Aguardar

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
 NATALIA
 PROTOCOLO

WASHINGTON LUIS C. JONES
 ASSIST. TEC. EM SAÚDE
 MAT: 164.320-0

13:36
 João Paulo de Souza Melo
 Técnico de Enfermagem
 COREN 245334

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

João Felipe de Moura Martins
 Cirurgião Geral
 CRM 6295

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA A JUDAR A OUTRA PESSOA (LIGUE 193 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- ABARA VIA AÉREA, 4- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MÁSCAVA 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU RECURAL (BRANQUAL, EM LACTENTE), 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 10MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DECA, 8- DECA DISPONÍVEL, ANALISE O RITMO 9- RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DECA BIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEÇA, 13- COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, ou assimilar for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inspecífica à dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	20 = 4
	10-20 = 3
	>20 = 2
	6-9 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-50 = 0
	50-90 = 1
	90-120 = 2
	120-160 = 3
	160-200 = 4
	>200 = 5

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08 grave (necessidade de intervenção imediata):
09- 3= moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET. B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancel 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa coloca-se no conteúdo que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: Nur

ANAMNESE Paula, vítima de queda de moto, vítima de capote. Tez uso de álcool Sobre ferimentos, não vem

EXAME FÍSICO 915, sem alterações, em consciência e em equilíbrio.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TE leve

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****
TE CRÂNIO - AUSÊNCIA DE FRATURAS, CONTUSÃO NO

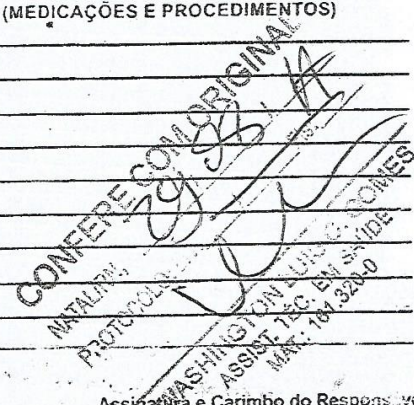
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
André Cosentino de Costa
Neurocirurgião
CRM/RN 6536

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Sérgio A. Fontes
CRM-RN 4462
Neurocirurgião
CONFERE COM ORIGINAL
NATILIN 29/08/14
PROTÓCOLO
WASHINGTON LUIS G. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT: 184.920-0

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>14:40 - Ca. Gel.</u>	
ANAMNESE <u>Reatidade. Trauma de tórax a 10 dias com fratura costal a TC sem lesão a pulmões, abdome</u>	
EXAME FÍSICO <u>sem lesões locais no tórax, abdome i. flaco, indol. MVD simétrico e 1/14</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>Ad. -> dano</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO <u>-> Ad. Ca. Gel.</u>
	OUTROS <u>-> Curativos</u>
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<div style="text-align: center;">  <p>CONFERE COM ORIGINAL NATALIA PROTÓCOLO WASHINGTON LUIZ GOMES ASSIST. 120. EN. SAÚDE MAT. 104.320-0</p> </div>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____			
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input checked="" type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<u>Dr. João Roberto Ferreira das Neves</u> Médico (Carimbo)			

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /	HORA:	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____			
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

SINISTRO 3180164831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIO DA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO HELIO DA CRUZ

CPF/CNPJ: 02600616462

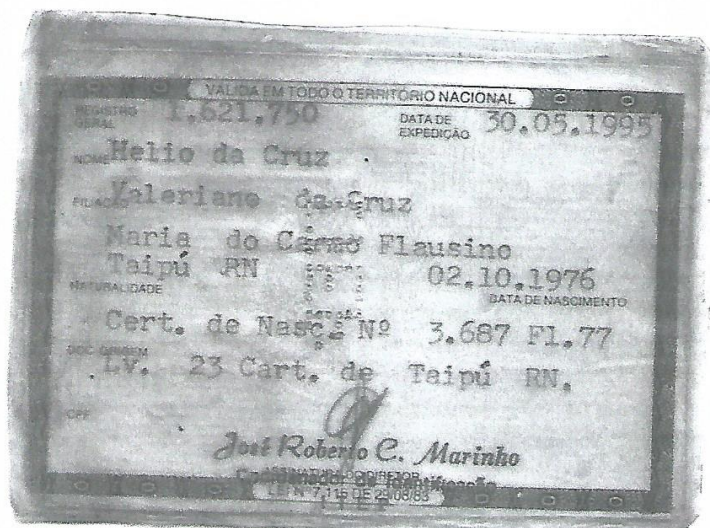
Posição em 10-12-2018 16:41:32

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
27/04/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
18/04/2018	Aviso de Sinistro	

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 58015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.428-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

RECEBIMENTO DE AVISO DE DÉBITO
Nº 08000-840195
115

AVISO DE DÉBITO

IMPRESSO EM 30/01/2018 AS 08:12:58

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

9582479

DADOS DO CLIENTE

HELIO DA CRUZ
AV LUZINETE MEIRA CAVALCANTI, N 10 - PARQUE DAS ARVORES
PARNAHIRIM RN 59154-220

INSCRIÇÃO 504.019.140.0340.000 ROTA 0 SEQ ROTA 720 QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HIDRÔMETRO
Y155484016

SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

REF.	VENC.	VALOR	REF.	VENC.	VALOR
12/2017	15/12/2017	39,09			

ATENÇÃO

APÓS O RECEBIMENTO DESTA AVISO, V.SA TERÁ 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DOS DÉBITOS ACIMA INDICADOS, SOB PENA DE INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA AO IMÓVEL E NEGATIVAÇÃO DO RESPONSÁVEL JUNTO AO SPC/SERASA, CONFORME NOS FACULTA A LEI FEDERAL N 11.445, DE 05/01/2007. CASO EXISTA AVISO ANTERIOR, CUJO DÉBITO LISTADO AINDA NÃO FOI INTEGRALMENTE REGULARIZADO, O SEU IMÓVEL ESTÁ SUJEITO A SER, A QUALQUER MOMENTO, 'CORTADO'. SE O DÉBITO FOI REGULARIZADO, DESCONSIDERE ESTE AVISO. MANTENHA OS RECIBOS QUITADOS OU OS DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO NO SEU IMÓVEL, À DISPOSIÇÃO DO NOSSO FUNCIONÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL.

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR:

39,09

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA


Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos					

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **HELIO DA CRUZ**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 026 006 164-62, portador da cédula de identidade nº 1.621.750 - SSP/RN, residente e domiciliado na Av. Luzinete Meira Cavalcanti, 10, Parque das Árvores, Parnamirim/RN, cep: 59.154-220

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Parnamirim/RN, 02 de Outubro de 2018.



Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das 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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: HELIO DA CRUZ, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 1.621.750, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 026006164-62, residente e domiciliado(a) a AV. LUZINETE MEIRA CAVALCANTI, 10, PARQUE DAS ARVORES-PARNAMIRIM-RN, CEP 59.154-220.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara JUDICIAL, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: **30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.**

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 7ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:


Cláusula 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 02 de OUTUBRO de 2018

x 
HELIO DA CRUZ

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Testemunha

CPF: 557 658 909-20

CPF: _____