

MANDADO DE OUTORGA

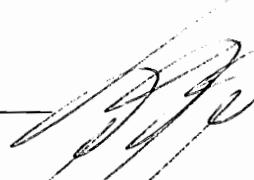
Outorgante: **ADMILSON LUIZ MEDIANO BRASILEIRO, CASADO, GARI, PORTADOR DO RG 1.932.649 SDS-PE E DO CPF 351.335.114-34, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA QUATORZE 132, CURADO IV, JABORATAO DOS GUARARABAS-PE CEP 54.270-110**

Outorgados: Nomeia seus bastantes procuradores: **Admilson André de Andrade**, brasileiro, solteiro, inscrito na sob o nº OAB-PE 14349-D, CPF. 344.319.004-97; **Dra. Rosangela Oliveira Messias dos Santos**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE sob o nº 41.514-D, CPF. 464.497.014-04; **Dra. Suzana Rocha Gueiros Neves**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PE 46.742-D, CPF. 073.846.274-40, e **Beja Janes Cristina Gomes da Costa**, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PE sob o nº 7474-E, CIC 024.856.914-79, todos com escritório profissional à Rua Pedro Afonso, 468 / 101 - Santo Amaro, Recife/PE

Poderes: Amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad-judicia et extra**", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, a fim de que possam desempenhar os interesses e direitos do(a) OUTORGANTE seja com autor(a) ou reclamante ou requerido(a), **podendo:** reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, confessar, firmar compromisso, prestar declaração e receber citação/ intimação. E nas ações de natureza previdenciária, poderes especiais para: **Renunciar aos valores que excederem aos 60 (sessenta) salários mínimos na Justiça, Juizados, e/ou Tribunais Federais; receber e levantar alvará judicial, RPVs, Precatórios, junto a quem de direito estejam retidos, confiados ou depositados** (Cartórios e ou Instituição(ões) Bancárias); **podendo assim praticar todos os atos necessários para o bom cumprimento do presente mandato**, podendo ainda substabelecer a presente, com ou sem reservas de igual poderes, se assim lhe convier.

Recife, 29 de Setembro de 2022.

x Admilson Luiz Andrade



CONTRATO DE HONORÁRIOS:

CLÁUSULA 01 - Os patronos contratados e os demais que estejam a serviço dos mesmos, prestarão seus serviços profissionais, prometendo tratar com zelo, dedicação e probidade no cumprimento das suas obrigações profissionais. Fica estipulado o percentual de **30% do valor da condenação nas Ações recebidas** por via administrativa, judicial, e/ou extrajudicial, acrescido ainda, do pagamento de todas as despesas efetuadas pelos contratado(s), ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se: photocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, **as quais desde já estão autorizadas a serem assumidas**;

PARÁGRAFO ÚNICO Os pagamentos referidos nesta cláusula deverão ser efetuados pelo(s) contratante(s) no ato do recebimento da(s) da ação, seguro e ou indenização pleiteada, no local do recebimento, ou no endereço profissional dos patronos contratados. **Dos HONORÁRIOS nas Ações Judiciais: Desde já fica autorizada a retenção dos referidos honorários contratuais em nome do patrono, tomado por base percentual de 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação e ou execução. Os honorários de sucumbência pertencem ao contratado;** acordados entre as partes, o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, poderão ser descontados e pagos diretamente ao contratado;

CLÁUSULA 02 - Os patronos contratados, não podem ser responsabilizados pela demora ou retardamento dos atos processuais causados pela Justiça ou pela empresa perante a qual se esteja pleiteando administrativamente. Pois os prazos bem como os trâmites são independentes da vontade alheia;

CLÁUSULA 03 - Este contrato poderá ser rescindido, unilateralmente por parte do(s) contratante(s), até o prazo de 07 (sete) dias, sob pena de arcar com uma multa contratual no valor de 02 (dois) salários mínimos, o qual será pago, no tempo e lugar da rescisão. Que a rescisão só ocorrerá, após serem pagas todas as despesas realizadas, conforme autorização acima expressa. Tudo conforme legislação vigente, após esta data, só após ser pagas todas as despesas (incorrindo sobre os mesmos valores, juros de mora e correção monetária, levando-se em consideração, para a base de cálculo, o valor atribuído à causa judicial ou administrativa, bem como os honorários referente ao valor atribuído (percentual)).

Recife, 29 de Setembro de 2022.

x Admilson Luiz Andrade



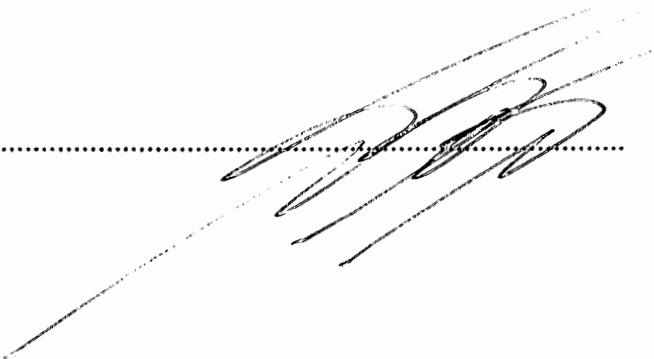
Rua Pedro Afonso nº 468, 1º andar Sls 101/102 - Stº Amaro, Recife/PE - Fone: 81.3423.9684 / 98801-9002
www.gueirosegomes.com.br - e-mail gueirosconsultoria@yahoo.com.br



DECLARAÇÃO DE POBREZA.

JAILSON LUIZ MEDINO, BRASILEIRO, CASA DO, G.A.R.I.,
PORTADOR DO RG 1.932.649 SDS-PE E D.O. CPF
351.335.114-34, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA
QUARTOZÉ, 332, CURADO I.V, JAPARATUBA DOS GUARARAPES-PE,
através de meu advogado, devidamente constituído, conforme instrumento de outorga em anexo
aos autos, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do
disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV,
bem como no disposto do art. 98 do NCPC, que não posso arcar com as custas deste
processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo
conteúdo da presente declaração. Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei
sujeito(a), caso inverídicas as declarações aqui prestadas, e por ser a expressão da verdade, assumo
inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei; sujeitando-me as sanções cíveis,
administrativas e criminais, previstas na legislação aplicável a matéria, tudo em conformidade com os
preceitos do art. 299 do CPB.

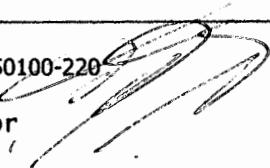
Recife, 29 de Setembro de 2020.

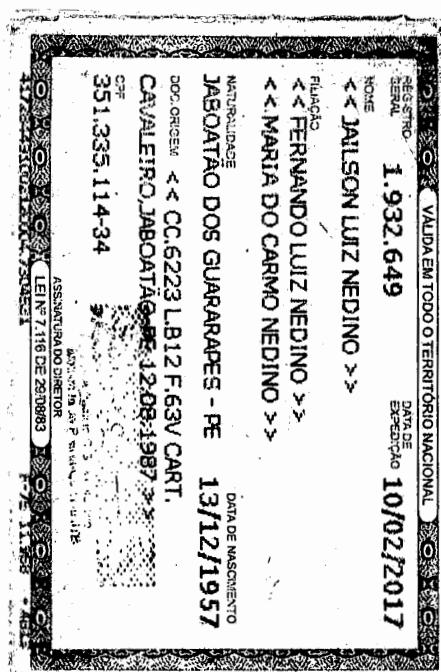
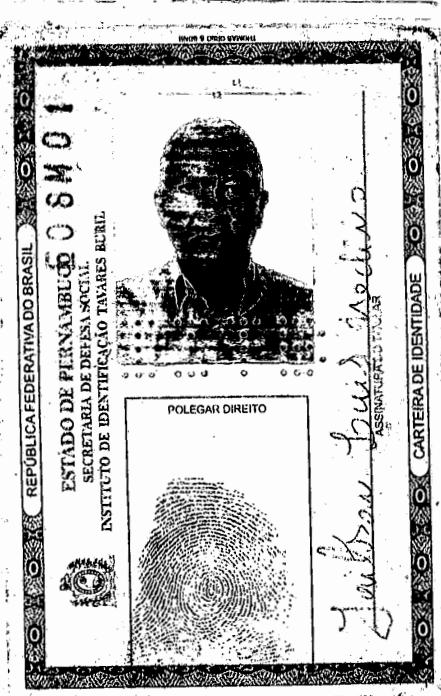


Rua Pedro Afonso nº 468, 1º andar- Stº Amaro, Recife/PE – CEP 50100-220

Fone: 81.3423.9684 / 88019002

E-Mail: gueirosconsultoria@yahoo.com.br







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUINSCRICAO - CAVALHEIRO -
DP23ºCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1960113001729

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às 09:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuipeba (Consumada), que aconfeceu no dia 28/02/2019 às 14:28

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CURADO IV (BAIRRO), 111, RODOVIA BR. 408 - Bairro: CURADO IV - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: VIADUTO DO CURADO IV
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESTRONCICIDO (AUTOR / AGENTE)
JAILSON LUIZ MEDINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s) Sí, a: DESCONHECIDO

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

JAILSON LUIZ MEDINO (presente no plantão) - Sexo: Masculino / Nascimento: MARIA DO CARMO MEDINO / F: FERNANDO LUIZ MEDINO (data de nascimento: 13/02/1987) Número de Identificação: 27122619824 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS / Endereço: LEMARIAZ
- 881724746

Endereço: Plantão: BAIRRO DE CURADO IV (BAIRRO), 111, RUA 14, ELOGO 132, APT. N°002 - CEP: 54608-000 - Bairro: CURADO IV - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESTRONCICIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino / Nascimento: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade de(s) Sí, a: DESCONHECIDO, que estava em posse



Detalhe de Ocorrência

PROTOCOLO DE Ocorrência - 00000000000000000000000000000000

Dr(a) que descomponha

Características do Automóvel envolto no acidente: Objeto aparentado. Madeira branca - (cor e marca do condutor não informado)

Não posseve identificação (informado)

Complemento / Observação

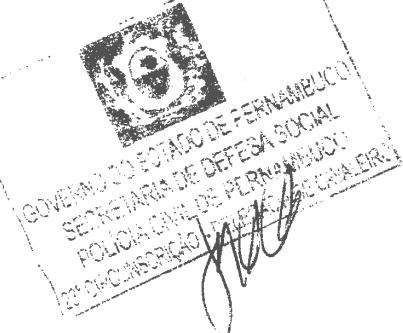
DECLARA A VITIMA JAILSON LUIZ MEDINO, QUE ATRAVESSAVA A ROCHAVIA BR 469, NO BAIRRO DO CURADO IV, QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEHÍCULO HONDA CIVIC DE COR BRANCA PLACA PCH-2666, FE, E QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS MILITARES, ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, PARA O HOSPITAL DA MONTAÇA E APÓS ATENDIMENTO FICOU ESTABALIZADO. DEPOIS RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO E FICOU AGRACIADO DE INTRAVADO, CONFIRMOU O EXPOSTO PELOS PROVIDENCIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

JAILSON LUIZ MEDINO x Jairson Suíz medino
(VITIMA)

S.O. registrado em 01/10/2020 14:00:00 - Matrialda: 0000000-0

Ministério



ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 02/10/2020 12:17:54

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100212175444800000067618051>

Número do documento: 20100212175444800000067618051

Num. 68950000 - Pág. 2



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Politurânia / TCE leve
Cervicalgia pós traumática
TRAV cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clinico / conservador
RM de coluna cervical
Analgesia, colar cervical
Manobras de redução de fract. de Rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
Exames complementares
Trat. de suporte clínico
Obs. Alta em 07.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.07.2019

SGC-10000000000000000000000000000000
Emissor: 10000000000000000000000000000000
Data: 03/07/2019
Cidade: Recife

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



II Traumatologista
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 167626

Nome : Taísson Lira Nedino

Foi atendido às 15:34 hs. do dia 28/06/2018

Diagnóstico Próvel : Fratura de mão - 1º grau

Tratamento Realizado : Tratamento conservador
com gesso direto palmar e ombro

Observação : 1. Reformato com os arcos palmar e
metacarpiano com Dr. Edson de Souza (Interventor)
com apertamento das sete golas (lateral)
por 3 semanas, após 30 dias, desgesso.

Cópia de : Dr. Avner Alencar

Alto de tratamento 48/06/2018 Médico : Dr. Avner Alencar
CRM 10160
CRF 20.790

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

Cód. 0157



3545-9

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento :

Nome : JANTON DURIS AFONSO

Foi atendido às 10 hs. do dia 28/05/15

Diagnóstico Próvel : _____

ME
astenia

Tratamento Realizado : _____

sem pres. at. amb

Observação : _____

Dr. Saul C. M. Quinino
Neurocirurgião / Neurologista
CRM-PE 15008 / CRM-PB 8737
RQE 1500

08.05.15 Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1676269

Nome : Jackson Luiz Nedino

Foi atendido às _____ hs. do dia 07/06/19

Diagnóstico Próvel : -TCE leve
-TNM cervical

Tratamento Realizado : Fisioterapia / Suporte Clínico

RN11 com alterações leves e
moderadas estufamento cervical.

Observação : Paciente assintomático. Sem sintomas
clínicos. A melaçopatia.

Cópia de : Acompanhamento Ambulatorial
aub. Dr. Deodálio com 2 meses

Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 02/10/2020 12:17:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100212175463400000067618060>
Número do documento: 20100212175463400000067618060

Num. 68950009 - Pág. 3



Secretaria
de Saúde



Nome:	JAILSON LUIZ NEDINO	Pedido: 548901
Idade:	61 anos, 4 meses e 25 dias	Sexo: M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Pedido: 08/05/2019 15:11:0
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo: 29/05/2019 12:34:3 Atendimento: 1419573

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

HISTÓRIA: Fratura cervical

COMPARAÇÃO: TC da coluna cervical do dia 29/04/2019

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 bem como com supressão de gordura sem a administração do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- 1- Retificação do eixo cervical com mínima anterolistese de C7 em relação a D1.
- 2- Discreta redução da altura dos corpos vertebrais de C4 e C5, associado a leve edema da medular óssea.
- 3- Discopatia degenerativa dos discos de C4-C5 a C6-C7.
- 4- Abaulamentos discais difusos nos níveis C5-C6, C6-C7 e C7-D1, que ocasionam redução da amplitude do canal raquiano e impressionando o cordão medular, notadamente em C5-C6. Há, associadamente, hipertrofia dos ligamentos amarelos nestes níveis, determinado estenose do canal vertebral. Observa-se extensão latero-foraminal dos abaulamentos descritos acima, determinado redução da amplitude dos neuroforames bilateralmente em C5-C6 e C6-C7. Nota-se também hipersinal no complexo ligamentar posterior, sugestivo de estiramento.
- 5- No plano de C7, há mínima alteração de sinal no cordão posterior da medula cervical, sugestiva de mielopatia compressiva.
- 6- Há outra pequena protrusão discal entre D2-D3, reduzindo a amplitude da coluna

STERFFERSON MAYCON DE OLIVEIRA
MORAIS
CRM: 25677





Secretaria
de Saúde



Nome:	JAILSON LUIZ NEDINO	Pedido: 548901
Idade:	61 anos, 4 meses e 25 dias	Data do Pedido: 08/05/2019 15:11:00
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Laudo: 29/05/2019 12:34:38
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Atendimento: 1419573

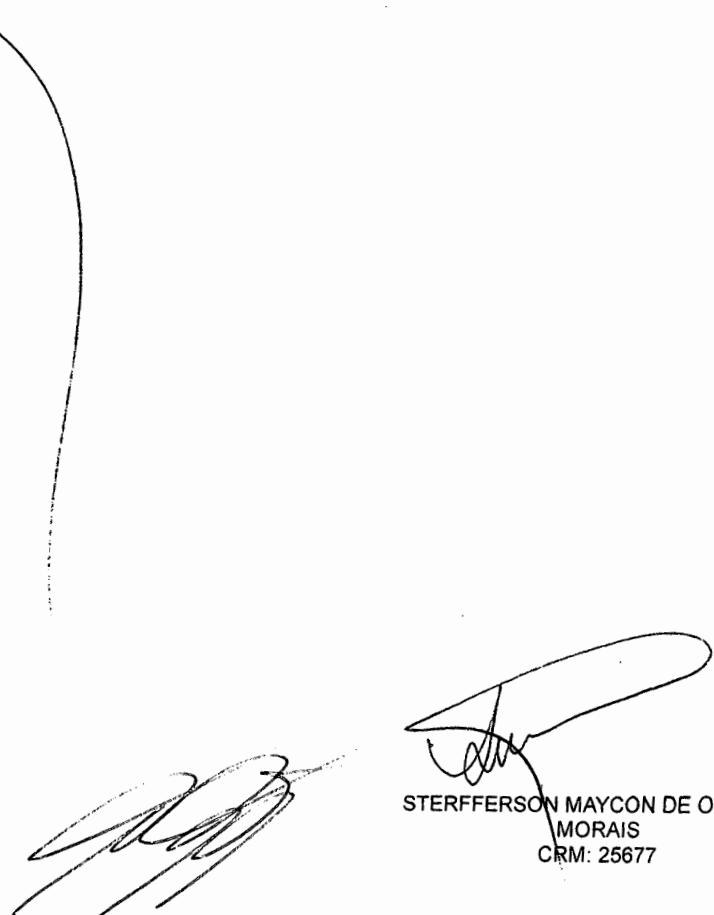
liquorica anterior, mas sem tocar a medula.

7- Demais neuroforames neurais livres.

8- Canal vertebral sem evidência de lesões expansivas intra-raquianas.

9- Musculatura paravertebral focalizada sem alterações apreciáveis.

Exame revisado por Dra. Milena Almeida



STERFFERSON MAYCON DE OLIVEIRA
MORAIS
CRM: 25677





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **351.335.114-34** CPF da vítima: **JAILSON LUIZ MEDINO**
Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JAILSON LUIZ MEDINO** CPF: **351.335.114-34**
Profissão: **GARI** Endereço: **Rua Quatorze** Número: **132** Complemento: **CASA**
Bairro: **CURADO IV** Cidade: **JABOTATUBA DOS GUARARAPES** PE Estado: **CEP: 54270-110**
E-mail: **Gueirrosgomes@hotmail.com** Tel. (DDD): **8131-239084**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **6343** CONTA: **030.1103** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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 assinalado, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta 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: **RECIFE 14 Agosto 2019**
 Nome: **JAILSON LUIZ MEDINO**
 CPF: **351.335.114-34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.
Jailson Luiz Medino
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:
 1º | Nome: **Genilda N. de Souza**
 CPF: **892.221.964-00**
Genilda N. de Souza
 Assinatura

2º | Nome: **JAILSON LUIZ MEDINO**
 CPF: **082-686-464-38**
Jailson Luiz Medino
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018





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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190504454

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00163/00164 - carta_16 - INVALIDEZ

00020082

Carta nº 15553404



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 02/10/2020 12:17:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100212175495300000067618676>
Número do documento: 20100212175495300000067618676

Num. 68950025 - Pág. 1

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO TITULAR DA 04^a VARA CÍVEL DA CAPITAL.

PROCESSO: 0063.083-55.2020.8.17.2001 SEÇÃO: "B"

JAILSON LUIZ NEDINO, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, vem perante V.Exa., através de seu advogado, infra-assinado, instrumento de outorga nos presentes autos, expor para no final requerer o que abaixo se aduz:

Exa., apesar de se fazer constar na peça inicial o valor da presente causa, como devidamente está consignado com o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), e também, conforme consta no documento de Id. 68949994, a devida declaração de hipossuficiência financeira, haja vista que, o autor se trata de um trabalhor que exerce a função de gari, equivocadamente quando do preenchimento do cadastro das características da presente ação, foi omitida a marcação de que a presente estava sendo ajuizada sob a necessidade da gratuidade judiciária, e, bem como, também não se cadastrou o valor da causa, o qual importa em R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Sendo assim, requer que seja acrescentado no rosto do presente protocolo da ação, que o autor requereu o benefício da justiça gratuita, conforme declaração de hipossuficiência financeira, declaração de Id. 68949994, e que o valor da causa corresponde a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nestes termos,
pede deferimento.
Recife, 02 de outubro de 2020.

Bel. Admilson André de Andrade.
OAB/PE 14.349-D
///A D V O G A D O///



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 02/10/2020 12:44:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100212444723100000067619896>
Número do documento: 20100212444723100000067619896

Num. 68951646 - Pág. 1

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO TITULAR DA 04^a VARA CÍVEL DA CAPITAL.

PROCESSO: 0063.083-55.2020.8.17.2001 SEÇÃO: "B"

JAILSON LUIZ NEDINO, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, vem perante V.Exa., através de seu advogado, infra-assinado, instrumento de outorga nos presentes autos, juntar a devida declaração de hipossuficiência financeira devidamente assinada pelo autor, ora requerente, haja vista que, a referida declaração que consta nos autos no Id. 68949994, por equívoco, não se fez constar a assinatura do requerente, tendo sido sanado com a juntada da presente.

Nestes termos,
pede deferimento.
Recife, 08 de outubro de 2020.

Bel. Admilson André de Andrade.
OAB/PE 14.349-D
///A D V O G A D O///



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 08/10/2020 11:01:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811014976500000067893409>
Número do documento: 20100811014976500000067893409

Num. 69232776 - Pág. 1



ASSESSORAMENTO JURÍDICO

Confiança - Credibilidade - Segurança.

Admilson Andrade - Janes Cristina Gomes da Costa.

DECLARAÇÃO DE POBREZA.

Admilson Luiz MEDINO, BRASILEIRO, CASADO, GARI, PORTADOR DO RG 1.932.649 SDS-PE E DO CPF 351.335.114-34, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA QUARTOZE, 132, CURADO IV, JAPATÃO DOS GUARARAPES-PE, através de meu advogado, devidamente constituído, conforme instrumento de outorga em anexo aos autos, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, bem como no disposto do art. 98 do NCPC, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração. Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito(a), caso inverídicas as declarações aqui prestadas, e por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei; sujeitando-me as sanções civis, administrativas e criminais, previstas na legislação aplicável a matéria, tudo em conformidade com os preceitos do art. 299 do CPB.

Recife, 29 de Setembro de 2020.

Admilson Luiz MEDINO

Rua Pedro Afonso nº 468, 1º andar- Stº Amaro, Recife/PE – CEP 50100-220
Fone: 81.3423.9684 / 88019002
E-Mail: gueirosconsultoria@yahoo.com.br



Assinado eletronicamente por: ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE - 08/10/2020 11:01:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811014992200000067894737>
Número do documento: 20100811014992200000067894737

Num. 69234454 - Pág. 1