

SINISTRO 3200296675 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ



CPF/CNPJ: 09805929418

Posição em 09-11-2020 14:16:57

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/08/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
22/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Silardi de Oliveira Cruz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.059.294 / 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura 320096675 da Vítima

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):

Local e Data: _____

Silardi de Oliveira Cruz
Assinatura do Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Silvani de Oliveira Cruz, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão _____, CI RG nº
81.100.164, CPF/MF nº 098.059.294-18 residente e domiciliado(a)
à Rua Desembargador Cunha Borretto, Cidade de
Recife / PE, Estado Pernambuco, CEP:
50.060-270, telefone _____.

OUTORGADO: Romiceles Silvestre Tome
_____, CNPJ/CPF 010.130.054-90
sob o n.º 35.564.984/0001-18, com endereço profissional à
Rua AV Mario Melo, na cidade de
_____, Estado do _____.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife, 22 de Setembro de 2020.

Silvani de Oliveira Cruz
OUTORGANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3200296675 3 - CPF da vítima: 098.059.294-18 4 - Nome completo da vítima: Juhardi de Oliveira Cruz

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

5 - Nome completo: Juhardi de Oliveira Cruz 6 - CPF: 098.059.294-18
7 - Profissão: Rua Quilombopolesinha Barreto 8 - Endereço: 42 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: BOA VISTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.060-270
15 - E-mail: Pessoatomemadrogadored@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 98406-5239

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário a assinar
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTESMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte, sem necessidade de reconhecimento de firma das assinaturas; e para beneficiários/vítimas não alfabetizados sendo, neste caso, necessário o reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

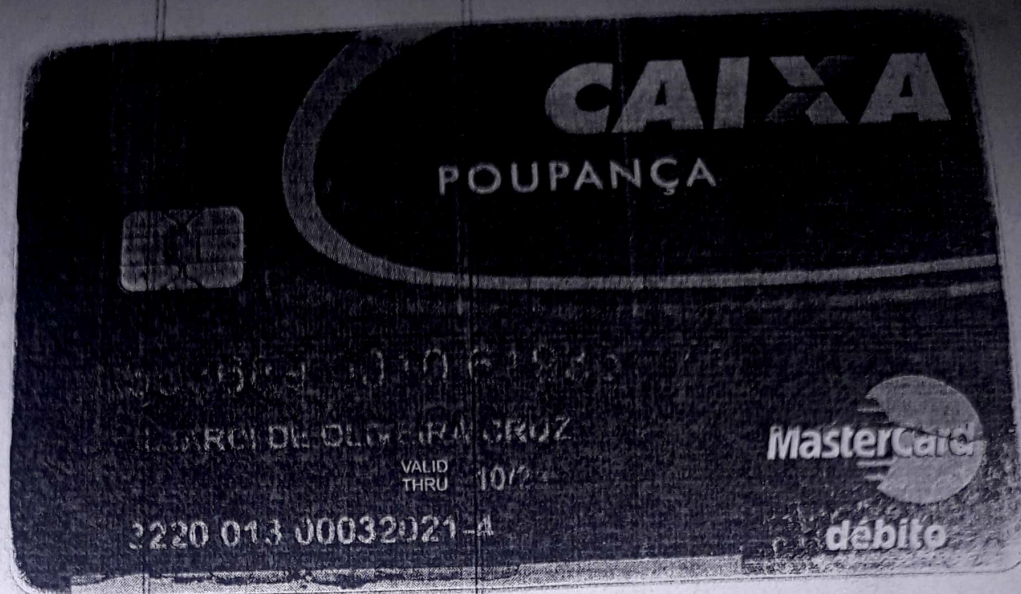
Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:41

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194140600000069481783>

Número do documento: 20111115194140600000069481783



Data e Hora: 04/01/2020 15:37

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal Doença em pernas e mãos (2) há 01/03 por
exposição por meio de contato

Neale D. Johnson

030106010-0

2. \vec{r}_{12} (para \odot)
Fr. \odot \rightarrow \odot

Prescrição Médica

Receita com Linhas Nutricionais

Tela Lenta 2/5000/12h

Divisor 1g 400 gr 16h

Comprimido 100g + 100g 500gr 12/12h

Do 200g 200gr.

Senha: 5852762

Dr. Ayron Fortez
Proprietario / Titular
CRM / PE: 22000



1575877

MONTAGNA

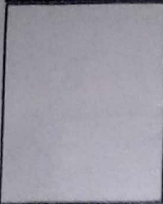


UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo


PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/01/2020 17:38

	Nome Paciente:	JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
	Cód. Paciente:	321303
	Data de Nascimento:	20/07/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29 anos
	Senha:	0200
	Convênio:	"
Atendimento:	SAME:	

Período: 05/01/2020 17:39 - 05/01/2020 17:39

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	TRAUMA EM M9D
Observação:	RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/01/2020 17:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42

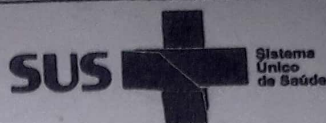
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>

Número do documento: 20111115194192000000069481777

Num. 70865595 - Pág. 2



Unidade de Saúde
Centro de Referência do Otorrinolaringologista
Fone: 3431.6786



Receituário:

Requisição nº.:

Nome:

Endereço:

Mat.:

Data de Nascimento:

*Trisotomia
do pescoço
Foi gestual do
fundo da es.*

Dr. Macedo Lins
Trauma - Ortopedia
CRM 10.999

Assinatura:

Médico - CRM





Secretaria do Saúde
Centro de Reabilitação do Olinda
Fone: 3431.6788



Receituário:	Requisição nº.:
Nome: <u>SILVIA DE JESUS</u>	
Endereço: <u>CRUZ</u>	
Mat.:	Data de Nascimento:

*Trisotomia
do 20º par
Foi gestua do 20º
par 27*

Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42

3.12.20

*Dr. Marcelo Lins
Trauma - Ortopedia
CRM - 10.899*

Médico - CRM



Atendimento: **1576364**

Senha: [REDACTED] Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: **05/01/2020 17:44**

Paciente: **321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ** Sexo: **MASCULINO**
Nome Social :
Data do Nascimento: **20/07/1990** Idade: **29 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA** Nome do Pai:
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA** CRM: **1234567**
Endereço: **NANTES** -- 22 Bairro: **SAO JOSE**
Cidade/UF: **RECIFE** PE Cep: **50090640** Usuário Atendimento: **ALEXSANDRACA**
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: **86178235**
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

20:00
não
atendeu!



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/01/2020 15:18

Nome Paciente: JULIARD DE OLIVEIRA CRUZ
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: 0228
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/01/2020 15:27 - 04/01/2020 15:28

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MAO E HJ
ATROPELAMENTO

Observação:

ALERGIA - BUSCOPAM

Tluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/01/2020 15:28

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 11/11/2020 15:19:42

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115194192000000069481777>

Número do documento: 20111115194192000000069481777

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado o **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, brasileiro, solteiro, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 8.100.164 SDS/PE, inscrito(a) sob o CPF.: 098.059.294-18, residente e domiciliado(a) à Rua Desembargador Cunha Barreto, Nº 42, Casa, Boa Vista, Recife/PE, CEP: 50.060-270 e do outro lado o Dr. **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço de Natureza administrativa e jurídica.

CLÁUSULA SEGUNDA - A prestação do referido serviço se detém à participação do advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da ação até o pronunciamento da decisão monocrática em 1ª instância e na 2ª instância, sendo está ultima acrescida de honorários no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), sem prejuízo da fixação do percentual de 30% e dos honorários sucumbenciais.

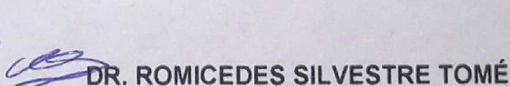
CLÁUSULA TERCEIRA - Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre os contratantes. Caso haja o descumprimento desta cláusula, a parte que lhe deu causa pagará o equivalente a 05 (cinco) salários mínimos.

CLÁUSULA QUARTA - Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida, independente da fixação de honorários sucumbenciais, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Recife, 22 de setembro de 2020.


JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
CONTRATANTE


DR. ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ
CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: _____ TESTEMUNHA 2: _____

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.



PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

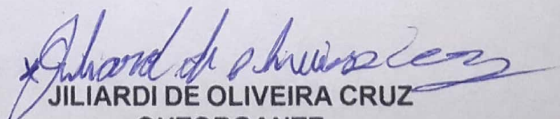
OUTORGANTE: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ, brasileiro, solteiro, portador(a) da cédula de identidade com nº.: 8.100.164 SDS/PE, inscrito(a) sob o CPF.: 098.059.294-18, residente e domiciliado(a) à Rua Desembargador Cunha Barreto, Nº 42, Casa, Boa Vista, Recife/PE, CEP: 50.060-270.

OUTORGADOS: ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

PODERES: O presente mandato tem por finalidade conferir aos outorgados os poderes para o foro em geral, com as cláusulas "*ad judicium e et extra*" em qualquer juízo ou tribunal, para atuar e acompanhar o processo até a decisão final, inclusive utilizando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, solicitar e retirar documentos em qualquer repartição ou órgão público, agindo em conjunto ou separadamente, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes aqui outorgados. Ainda conferindo **PODERES ESPECIAIS** para interpor recursos às instâncias superiores, tomar informações necessárias a concretização do(s) direito(s) do(s) outorgante(s), praticar e recorrer a todos os meios necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, poderes ainda de levantar e receber alvará.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO: Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os valores a serem expedidos em alvará em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, **independente da fixação de honorários sucumbenciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

Recife, 22 de setembro de 2020


JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
OUTORGANTE

TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114000098**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2020** às **13:43**

ROUBO A TRANSEUNTE - Dóloso (Consumado) que aconteceu no dia **4/1/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1001** - Bairro: **PEIXINHOS** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52221-350** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CENTRO DA MODA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO 2 (SUSPEITO)
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CELULAR: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA** Pai: **ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG), 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **- 81 986178235**

Endereço Residencial: **RUA VITAL BRASIL, 224 - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, RM FRENTE AO BAR CALDECO**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

APARELHO CELULAR (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/LG/K8** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **NÃO SABE INFORMAR**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **180,00 (REAL)** Valor Total: **180,00 (REAL)**
Descrição: **CELULAR DA MARCA LG K8**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE POR VOLTA DA 01:00H DA MANHÃ QUANDO DESEMBARCOU DO ÔNIBUS NA AVENIDA PRESIDENTE KENEDY, VINDO DA CASA DE FAMILIARES, FOI ABORDADO POR DOIS INDIVÍDUOS ARMADOS COM FACAS, OS QUAIS ANUNCIARAM, O ASSALTO AMEAÇANDO A VÍTIMA COM AS FACAS, OBRIGANDO A MESMA A ENTREGAR O APARELHO CELULAR E A CARTEIRA ONDE ESTAVAM SEUS DOCUMENTOS. RELATA QUE NO MOMENTO EM QUE OS MELIANTES TENTARAM PEGAR SUA CARTEIRA O MESMO NUMA ATITUDE DESESPERADA PARA FUGIR DOS ASSALTANTES, PULOU O GRADIL QUE DIVIDE AS FAIXAS DA REFERIDA AVENIDA, TENDO CAÍDO DO OUTRO LADO, MOMENTO EM QUE PASSAVA UM AUTOMÓVEL E PASSOU EM CIMA DE SUA MÃO, CAUSANDO UMA LESÃO. INFORMA QUE NÃO PROCUROU ATENDIMENTO



MÉDICO NO MOMENTO POIS ESTAVA MUITO NERVOSO COM O OCORRIDO, PORÉM NÃO CONSEGUIU DORMIR DEVIDO DOR NA MÃO E RESOLVEU VIR A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO E EM SEGUIDA PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO NA UPA. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

Jiliardi de Oliveira Cruz

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE FREDERICO DE ANDRADE FERREIRA** - Matrícula: **2208652**
(Liberado em **04/01/2020** às **14:10**)

A

