





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2020102373807

Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JUBRACILDA PEREIRA DA SILVA
R LUIS HERMINIO DA SILVA, N. 00010 - SANTO ANTONIO BELO JARDIM PE 55152-510
INSCRIÇÃO: 017.185.475.0048.000

Nº Contrato: 120379

MATRÍCULA:

00237380.7

10/2020-5

GRUPO: 13

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00237380.7

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
		1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)	
NÃO MEDIDO				N MEDIDO /	
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.:	CONSUMO: 10	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL:		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.:		LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

09/2020	10/	A	
08/2020	10/	A	
07/2020	10/	A	
06/2020	10/	A	
05/2020	10/	A	
04/2020	10/	A	
MÉDIA	10/ 0	B	

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	63	49	39
COR APARENTE	63	49	28
COLOR RESIDUAL	63	49	49
COLIFORMES TOTAIS	63	49	49
E. Coli	63	49	49

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

TARIFA MINIMA 44,08 POR UNIDADE

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2020

JUROS DE MORA 07/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

MINIMO

44,08

0,88

0,31

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/11/2020

TOTAL A PAGAR: 45,27

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 06/11/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

00237380.7

10/2020-5

VENCIMENTO: 20/11/2020

TOTAL A PAGAR: 45,27

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82860000000-2 45270018017-4 00237380701-1 10202050003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: BRUNO DE ARAUJO SENA - 19/11/2020 16:19:12

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111916191268100000069907626

Número do documento: 20111916191268100000069907626

SINISTRO 3200013615 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 70476830460

Posição em 06-11-2020 16:47:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
11/01/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



"VERDE"



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____
Data: 25.08.79
Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 9161800081
Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29
Data de Nascimento: 05/03/90 Sexo: M Cor: P Estado Civil: S
Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Hermes 109 Stº Antônio
Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: C. nome Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1 / 1 / _____ Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de moto há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

nega elogia -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____



Diogo Martins
Téc. em Enfermagem
COREN 001.239.442

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NA DATA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 01/09/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 03/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1 DE SETEMBRO DE 2019

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

MEDICO: PAULA CARDOSO DE MENEZES



Prescrição.: 898817 Data: 16/09/2019 09:45

Usuário.: JOAOPAR

Atendimento: 242364 Dt Nasc: 05/03/1990 (29a 6m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 774193 - RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 16/09/2019 07:36 0 Dias(s) Int

Médico.: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.: /

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO - CRM - null - 22622

FUNÇÃO: MEDICO (A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

IMOBILIZAÇÃO	Qtd	Unidade	SN	Ap/	Frequência	Datas/Horários
1 APARELHO GESSADO AXILO PALMAR G Obs.: DIREITO E ESQUERDO	1				Agora	[16/09] 09:45

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Ap/	Frequência	Datas/Horários
2 RETIRADA DE PONTOS					Agora	
3 CURATIVO					Agora	
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0.9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
-> ADAPTADOR P/FRASCO DE SOLUCOES DE SIST.FECHADO	1	UNIDADE				
-> LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 8,0	1	PAR				

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO
CRM 22622

SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que RENATO RAFAEL
DA SILVA SANTOS residente RUA LUIZ HERMINIO
DA SILVA 109 SANTO ANTONIO esteve internado
BELO JARDIM PE neste Hospital no período de 25-08-2019 à
_____ com diagnóstico de CID :
FRATURA DE prontuário nº _____
COTOVELO (D)

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 01/10/2019

Responsável



"VERDE"



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____
Data: 25.08.79
Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 9161800081
Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29
Data de Nascimento: 05/03/90 Sexo: M Cor: P Estado Civil: S
Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Hermes 109 Stº Antônio
Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: C. nome Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1 / 1 / _____ Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de moto há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

nega elogia -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____



Diogo Martins
Téc. em Enfermagem
COREN 001.239.442

MÉDICO CDEMEDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Renata Rejck de Silva Santos, 25 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Queixa de dor no abdômen, dor aguda, localizada no quadrante inferior direito, com irradiação para a região da coxa direita. Rx sem alterações. Exame físico normal.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cálculo de cálculo e divertículo

CONDUTA ADOTADA:

Imobilização
Reposicionamento manual do divertículo

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 3753009

26/08/19

DATA

CRM-PE 28266
epu

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM

☐

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

☐

OUTRO SERVIÇO

☐

NOME

CRM

DATA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - BELO JARDIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0046002156**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **23:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **21:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO BEZERRA, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**



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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA VALDIRENE DA SILVA SANTOS** Pai: **SABINO JANUÁRIO DOS SANTOS NETO** Data de Nascimento: **5/3/1990** Naturalidade: **PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA LUIS HERMINIO DA SILVA, 10 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PC00060** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1199837811** Chassi: **9C2JB0100KR114996**

Complemento / Observação

A VÍTIMA SEGUIA EM ALTA VELOCIDADE E ESQUECEU DO "QUEBRA - MOLAS" QUE HAVIA NA CITADA RUA. AO PASSAR PELO MESMO PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR SE LESIONANDO CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA.

26/11/2019 23:59



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

x *Renato Rafael da Silva Santos*
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[assinatura]* **JOSE DE ASSIS SILV** - Matrícula: **320337-9**



26/11/2019 23:59



QUESITOS

1. QUEIRA O SR. PERITO INFORMAR SE HÁ NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NARRADO NA INICIAL E A LESÃO APRESENTADA PELO AUTOR. CASO HAJA, SE DA REFERIDA LESÃO RESULTOU INVALIDEZ PERMANENTE E EM QUAIS PARTES DO CORPO;
2. QUEIRA O PERITO INFORMAR SE A LESÃO APRESENTADA É DE CARÁTER PARCIAL OU TOTAL, **PARA CADA LESÃO CORPORAL**. CASO PARCIAL, QUEIRA O ILUSTRE PERITO INFORMAR SE O DANO CORPORAL CORRESPONDE A 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO) PARA AS PERDAS DE REPERCUSSÃO INTENSA, 50% (CINQUENTA POR CENTO) PARA AS DE MÉDIA REPERCUSSÃO, 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) PARA AS DE LEVE REPERCUSSÃO OU 10% (DEZ POR CENTO) PARA AS DE SEQUELAS RESIDUAIS, CONSOANTE ART. 3º, II, DA LEI 6.194/74 E RESPECTIVO ANEXO, CUJA CÓPIA SEGUE NA PRÓXIMA PÁGINA.
3. QUEIRA O SR. PERITO ESCLARECER TODO E QUALQUER OUTRO ELEMENTO NECESSÁRIO AO DESLINDE DA CAUSA



Danos Corporais Totais	Percentuais da Perdas
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com:	
(a) dano cognitivo-comportamental alienante;	
(b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal;	
(c) perda completa do controle esfinteriano;	
(d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais da Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras	Percentuais da Perdas
Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	



CONVÊNIO Nº 014/2017-TJPE, CELEBRADO ENTRE O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO E A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO [DPVATS/A](#) . Objeto :

Estabelecimento das bases de cooperação entre os partícipes, no âmbito das suas respectivas áreas de atuação, com vistas à realização de perícias médicas judiciais presenciais em ações envolvendo os Seguro Obrigatório de Danos Pessoas por Veículos Automotores de Via Terrestre – [DPVAT](#) . Da

Vigência : 60 (sessenta) **meses** , com efeitos a partir de **24.03.2017** . **Do Preço e da Dotação Orçamentária :** As perícias realizadas serão pagas pela **SEGURADORA LÍDER** , a um valor fixo de **R\$ 300,00** (trezentos reais) por perícia médica judicial presencial no curso normal do processo e **R\$ 200,00** (duzentos reais) para perícia médica judicial presencial, realizada em Mutirões de Conciliação ou Pauta Concentrada de Perícias, independente de seu resultado (constatação ou não de invalidez permanente da vítima periciada)



DECLARAÇÃO

DECLARANTE: Renato Rafael da Silva Santos

ESTADO CIVIL solteiro PROFISSÃO serviços gerais

RG 9680081 ORG. EXPEDIDOR SDS CPF 704.768.304-60

ENDEREÇO Rua Luiz Hermínio da Silva, 10
Sto Antonio, Belo Jardim - PE CEP: 55152-510

DECLARO, nos termos do art. 98 do CPC e das Leis nº 7.115/1983 e 1060/50, para os devidos fins, que é pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária.

Belo Jardim / PE 06 / 11 / 2020

Cidade/Estado

Data

x Renato Rafael da Silva Santos
DECLARANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Renato Rafael da Silva Santos
ESTADOCIVIL solteiro PROFISSÃO Sociólogo Criminal
RG 9680081 ORGÃO EXPEDIDOR 909 CPF 704.768.304-60
ENDEREÇO Rua Luiz Hermínio da Silva, 10
Sto Antonio, Belo Jardim FONES: 7327-7251 /

OUTORGADO: BRUNO DE ARAÚJO SENA, brasileiro, advogado, solteiro, inscrito na OAB/PE 28.063-D, com endereço profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, 104, Guadalupe, Olinda/PE, CEP: 53240540, F.: 81 997133130 (advbrunosena@gmail.com)

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "ad judicium", para defender os interesses e direitos do outorgante, e ações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais ou Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda PARA CONFESSAR, TRANSIGIR, FIRMAR COMPROMISSOS OU ACORDOS, RECEBER E DAR QUITAÇÃO, DESISTIR RENUNCIAR E ASSINAR, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "ad negotia", a fim DE REQUERER E FAZER LEVANTAMENTO DE VALORES CREDITADOS EM FAVOR DO OUTORGANTE, ATRAVÉS DE ALVARÁ JUDICIAL, RPV OU PRECATÓRIO, JUNTO ÀS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, QUE FAÇAM REFERÊNCIA AOS DEPÓSITOS JUDICIAIS que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, e mais, PEDIR RETENÇÃO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS COMBINADOS NO IMPORTE DE 30% (TRINTA POR CENTO) DO PROVEITO ECONÔMICO, SEM PREJUÍZO DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento particular de honorários advocatícios, o CONTRATADO, ora outorgado, e o CONTRATANTE, ora outorgante, celebram:

CLÁUSULA PRIMEIRA – O advogado contratado obriga-se, face o mandato judicial que lhe foi outorgado, a prestar os serviços profissionais na ação judicial desempenhando com zelo a atividade, a seu encargo, em qualquer juízo, instância ou tribunal.

CLÁUSULA SEGUNDA – Em remuneração desses serviços, o advogado contratado receberá do contratante os honorários, líquidos e certos, correspondentes a 30% (TRINTA POR CENTO) DO PROVEITO ECONÔMICO, SEM PREJUÍZO DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS, QUE PODERÃO SER SOLICITADOS EM ALVARÁ(S) SEPARADO(S) NUMERÁRIO LÍQUIDO E JÁ DEDUZIDO DO CONTRATANTE.

CLÁUSULA TERCEIRA – Ao contratante caberá o pagamento das custas e despesas que se fizerem necessárias, quando for o caso de possibilidade financeira, ao bom andamento da ação, sempre previamente acertados, como também o fornecimento de documentos e informações que a contratada solicitar.

CLÁUSULA QUARTA – Caso haja composição amigável, ou no caso do não prosseguimento da Ação por circunstâncias não determinadas pelo advogado contratado, ou ainda se lhe for cassado o mandato sem culpa, o total dos honorários será exigido imediatamente, no foro de Recife/PE.

CLÁUSULA QUINTA – O contratante se responsabiliza pela autenticidade de todos os documentos entregues ao contratado.

CLÁUSULA SEXTA – O presente contrato poderá ser rescindido por livre acordo entre as partes, ou no caso de uma das partes não cumprir com o estabelecido em qualquer das cláusulas desse instrumento, responsabilizando-se a quem deu causa a pagar multa no valor de R\$1.000,00 (um mil reais).

CLÁUSULA SÉTIMA – O foro estabelecido pelas partes no caso do descumprimento do presente contrato é o de RECIFE-PE.

Belo Jardim / PE 06 / 11 / 2020
Cidade e Estado Data

x Renato Rafael da Silva Santos
Outorgante / Contratante

