

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Leonardo Marcio da Silva  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 072.203.464-07  
nº 7408358 e portador da cédula de identidade  
Rua Teresina S. Gen. Alves residente e domiciliado(a) na  
nº 151 bairro de Remetido  
CEP 55840-000 de Ilha de Itanga na cidade de PE

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de  
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP:  
50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou  
notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes  
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "Ad Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º  
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas  
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,  
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de  
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar  
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,  
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,  
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do  
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos  
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer  
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de  
poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,  
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer  
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei  
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do  
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de  
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e  
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da  
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,  
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,  
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais  
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios  
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 30 de 06 de 2022

Leonardo Marcio da Silva  
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Leonardo Marcio da Silva  
brasileiro(a), estado matrô civil solteiro  
profissão oper. de produção Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 072 301 464 07, e portador da cédula de  
identidade nº 7 408 358, residente e  
domiciliado(a) Rua Severina S. Gen. Alves  
157, bairro Comitê  
CEP 55840-000 na cidade de  
Boqueirão de Itambé, PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 30 de 06, de 2021

NOME: Leonardo Marcio da Silva



## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Leonardo Marcio da Silva  
brasileiro, estado civil solteiro, profissão oper. produtor, regulamente  
inscrito no CPF/MF sob o nº 072.303.464-07 e portador da  
cédula de identidade nº 3408358  
domiciliado(a) rua Severino S. Gon. Alves residente  
cidade Serra Talhada CEP 55940-000 na  
cidade de Itambé - PE

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE  
28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Irua sala 102, Irua do  
Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630, E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe informações e/ou  
notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, resolveram celebrar o presente contrato de prestação de serviços profissionais de advocacia, em conformidade às estipulações a seguir disciplinadas, que se obrigam a cumprir, por si e seus sucessores. Caberá apenas ao contratado a retenção dos honorários advocatícios independentemente de substabelecimento ou procuração "Apud Acta".

### DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta pelo CONTRATANTE, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

### DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

### DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decorrer do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

### DAS DESPESAS

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emendamentos, viagens, custas, entre outras, ficarão a cargo do

### CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

### DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

### DOS HONORÁRIOS



**Cláusula 7ª.** Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço incidirá sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

**Parágrafo único.** Pelos serviços a serem prestados o CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS a título de honorários advocatícios, a pagar o valor 30% em processo judicial do valor a ser recebido por prestação de serviços advocatícios na sua conta corrente ao final, advindos da ação ingressada do processo do CONTRATANTE a RETENÇÃO dos honorários em favor das CONTRATADAS.

**Cláusula 8ª.** Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

**Cláusula 9ª.** Caso, ocorra o inadimplemento da obrigação de pagar, a contratada, ingressará com ação para recebimento dos serviços prestados.

**Cláusula 10ª.** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

#### DA RESCISÃO

**Cláusula 11ª.** Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

#### DO FORO

**Cláusula 12ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;  
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife - PE 30 de 06 de 2021

ANA SANTOS  
OAB/PE 28697 D

~~Assinado eletronicamente por ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS~~  
CONTRATANTE  
CPF

#### TESTEMUNHAS

1. NOME:  
CPF/MF

2. NOME:  
CPF/MF



# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Frederico Márcio da Silva  
RG 7 408 358, CPF 07240146407,  
Residente na Rua Severina S. Gon. Ubes, Bairro Comitêrio  
Cidade Boqueirão de Itambé Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 30 de 06 de 2018

Frederico Márcio da Silva

Assinatura do Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO *08 R-32*



LEONARDO MARCIO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

7.408.358

11/10/2004

LEONARDO MARCIO DA SILVA >>

>> GENIVAL JOSE DA SILVA <<

>> MARIA JOSE DA SILVA <<

CARRINA - PE

14/05/1965

CM 20035 L A20 F 33V CART CARRINA PE 27 05 1965

F-13 28.369

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

072.101.464-07







Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco  
CBMPE - 7º GRUPO DE BOMBEIROS  
Av. Conselheiro João Alfredo, nº 391, - Bairro Santa Cruz, Carpina/PE

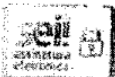


Carpina-PE, 10 de dezembro de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 76 / 2019 Div. Op. - CBMPE - 7ºGB**

O TenCel QOC/BM Edson Marconni Almeida da Silva, Comandante do 7º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, no uso das suas atribuições e por solicitação da Sr. Leonardo Marcio da Silva, RG: nº 7.408.358 SDS/PE, residente à Rua Severino Gonçalves, nº 157, Saudade, Lagoa do Itaenga/PE, delegou à Divisão de Operações que procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, onde consta que: no dia 09 de novembro de 2019, às 22h23min, o 7º Grupamento de Bombeiros foi acionado para atender a Sr. Leonardo Marcio da Silva, RG: nº 7.408.358 SDS/PE, residente à Rua Severino Gonçalves, nº 157, Saudade, Lagoa do Itaenga/PE, vítima de uma colisão veicular envolvendo o seu veículo, um Fiat uno de cor azul de placa XIB-5567 e um carro modelo Ford KA, cor Branca e placa PCU-5304 conduzido por José Charles da Silva. No local do acidente, sito a rodovia PE-53, Zona Rural, Carpina/PE, os bombeiros militares prestaram assistência pré-hospitalar a vítima que apresentava escoriações na face, abdômen e nos membros inferiores, sendo conduzido à Unidade Mista Assis Chateaubriand, Carpina - PE, onde deu entrada com o prontuário nº 40266/4, ficando sob os cuidados da Dra. Viviane Moraes portadora do CRM 26074. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros e relatórios da ocorrência, arquivados na 1ª SB do 7º Grupamento de Bombeiros, segue assinado por mim, Major QOC/BM 960010-8. ARIANO MENDONÇA LUNA, chefe da Divisão de Operações.

*Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000048.000003/2019-13*



Documento assinado eletronicamente por Ariano Mendonça Luna, em 16/12/2019, às 10:20, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 4444750 e o código CRC A29BC9E7.



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0070

Prontuário: 00040266-4  
 Nome: LEONARDO MARCIO DA SILVA  
 Endereço: RUA SEVERINO CONÇALVES, Nº 157  
 Cidade: LAGOA DO ITAENGA/PE Bairro: SAUDADE  
 Documento: CNS: Sis prenatal: Pai: Responsável:  
 Mãe: MARIA JOSE DA SILVA  
 Profissão: Idade: 34 ANOS, 5 MESES E 27 DIAS  
 Dt. Nasc.: 14/05/1985 - Sexo: Est. Civil: CEP: Nac: Tel.:

| Últimas Ocorrências |               |                       |
|---------------------|---------------|-----------------------|
| Data                | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento |
| 09/11/2019 23:10    | 0070449       | ACIDENTE COM CARRO    |

PRE-CONSULTA Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

| Horário | P.A.     | HGT | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|----------|-----|-------|------|------------|
|         | 110 x 80 | 170 |       |      |            |

| Queixas / Diagnóstico | Tratamento  |
|-----------------------|---|
| Colisão carro x carro | @ Transal / rep + 1 FOP<br>rec - 8, 5V Lentes<br>@ JFOP 1.500 - 8, 5V |

Exames complementares Impressão diagnóstica CID

Motivo da saída:  
 Residência  Internado   
 Justificativa:  
 Encaminhado:  
 Removido:  
 Óbito:  
 às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO          | ADM MEDICAMENTO:<br><input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP | TÉCNICO / COREN   |
| <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO       | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO                                       |   |
| Consultas / Atendimento Médico:            |  | Dr. Viviane da<br>M. Raes<br>CREMEPE 26.074/CRM-PE 11.052 |
| <input type="checkbox"/> urgência básica   | <input type="checkbox"/> urgência especializada                                  |   |
| <input type="checkbox"/> observação básica | <input type="checkbox"/> observação especializada                                | HORÁRIO:  |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                     | TÉCNICO / CONSELHO   | HORÁRIO   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |

Data da impressão: Domingo, 10 de Novembro de 2019 às 00:10 Recepcionista: JOSEFA ERIVANIA



HOF (CG) 5812457



GOVERNO DE  
**CARPINA**  
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

Leonardo Moura da  
Silva

Encaminhamento

paciente no sistema, 39  
anos, vítima de colisão  
com carro com treu-  
na em região abdomi-  
nal superior. Fica preso nos  
ferimentos. Abdomen  
não doloroso a pal-  
pação, sinais de irrita-  
ção peritoneal, KHS(+).

Sinais vitais: T/36,8  
TA 100/60 mmHg, HR 70  
170 mg/dL, FC 98 bpm,  
SpO2 96% A/A.

Refere dor em região  
abdominal com piora  
melhora ao uso de  
Analgésicos (Tramadol).

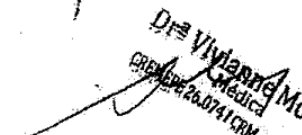
Johannes Magalhães

Av. Agamenon Magalhães, s/n, São José - Carpina - PE / CEP 55815-060

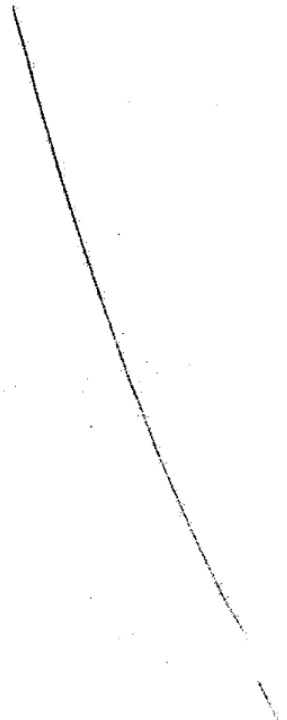


do serviço de Cirurgia  
Geral.

Att.

  
Dra. Viviane Moraes  
Médica  
CRM nº 26.074/1 CRM - PB 11052

09/11/13





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1508160/2019

NOME: LEONARDO MARCIO DA SILVA.

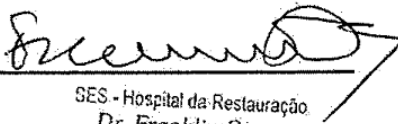
Foi atendido às 04h06 do dia 10.11.2019.

Diagnóstico provável: Poli-trauma  
(colisão carro x carro)

Tratamento realizado: Clinico / conservador  
TAC de abdome sem alterações  
Analgesia  
TAC de tórax  
TAC de crânio  
Freq. de suporte clínico

Obs. Alta em 10.11.2019

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 24.01.2020   
SES - Hospital da Restauração  
Dr. Franklin Serra  
Médico do SAME  
CRM: 7874

**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



Atendimento nº: 1486161  
Nome: Leonardo Marcos da Silva  
Foi atendido às 04 de 10 de 11 de 2019  
Diagnóstico Provável: TCE  
data da alta: 10/11/2019

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)  
VÔMITOS  
PARALISIAS (que aparecem após a alta)  
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)  
CONVULSÃO  
OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia (NOVALGINA, ARMO OR, TRILENC)

Verificação de atendimento: [assinatura]  
Observação:  
ATENÇÃO Este documento é propriedade exclusiva do Hospital de Especialidades para Níveis Essenciais, Estado de Mato Grosso do Sul, Companhia de Habitação e Saneamento - Consórcio Especializado Trabalho, Companhia de Habitação e Saneamento - Consórcio Especializado Trabalho, Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul, em conformância com o art. 1º da Lei nº 10.241/2001.





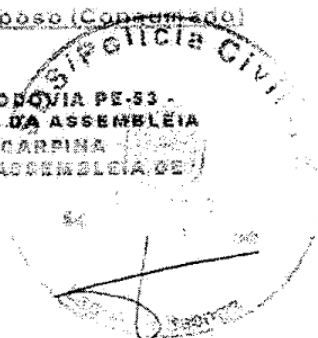
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE  
ITAENGA - DP54ªCIRC DINTER1/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0144000002

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2020 às  
09:30

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Condenado)**  
que aconteceu no dia 9/11/2019 às 22:23

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1. RODOVIA PE-53 -  
SENTIDO LAGOA DE ITAENGA, PE - NAS PROXIMIDADES DA ASSEMBLEIA  
DE DEUS DA USINA PETRIBU - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA  
CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ASSEMBLEIA DE  
DEUS - USINA PETRIBU  
Local do Fato: VIA PUBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE SABE (AUTOR VALENTE )  
JOSE CHARLES DA SILVA (OUTRO )  
LEONARDO MARCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTRO TIPO DE OBJETO. (Outros motivos) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOSÉ CHARLES DA SILVA  
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): LEONARDO  
MARCIO DA SILVA

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

LEONARDO MARCIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe MARIA  
JOSE DA SILVA Pai: GENIVAL JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 14/6/1985 Nacionalidade  
CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7493358/SDS/PE (RG) Estado Civil  
ANASIAO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares  
- 81689386547

Endereço Residência: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, RUA SEVERINO  
GONÇALVES, Nº 157, BAIRRO SAUBADE, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO - CEP: 55900-000 -  
Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA-PERNAMBUCO-BRASIL

JOSÉ CHARLES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade  
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL





# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 10/11/2019 03:55

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Nome Paciente:      | LEONARDO MARCIO DA SILVA |
| Cód. Paciente:      |                          |
| Data de Nascimento: | 14/05/1985               |
| Sexo:               | Masculino                |
| Idade:              | 34                       |
| Senha:              | U0011                    |
| Convênio:           |                          |
| Atendimento:        |                          |
| SAME:               |                          |

Período: 10/11/2019 03:57 - 10/11/2019 04:00

ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor: XXXXXXXXXX LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CARRO/ CARRO, +- 6 H, APRESENTOU VOMITO, DESMAJO, TRAUMA ABDOMINAL APÓS FICAR PRESO NAS FERRAGENS, PACIENTE REFERE DOR NA COLLUNA.

Observação: SENHA 5812493

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIQUIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14  
- REGUA DE DOR: 7

10/11/19  
05:19

# Gr. GEM #

Exigido TAC de abdome si alterações

Não houve  
Anti Fluido, de pressão, indolore, RRR @

2

Dr. Gabriel Rodrigo  
Cirurgia Geral - Obstetrícia  
CRM: PE 15553

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 04:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





|                            |                         |                               |                              |                              |                              |         |                                     |                                       |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Exame Neurológico          | Dificuldade motora      | MISD <input type="checkbox"/> | MSE <input type="checkbox"/> | MID <input type="checkbox"/> | MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas | Isocóricas <input type="checkbox"/> | Anisocóricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow Abertura dos olhos | Glasgow Resposta Verbal | Glasgow Resposta Motora       |                              |                              |                              |         |                                     |                                       |
| Score                      | Score                   | Score                         |                              |                              | Score                        |         |                                     |                                       |

ECO = 15 - Seculo, RFM @

Exposição/Abdômen:

Abdome flácido, indolor  
 Pulm estavel  
 Pequena laceração acima da axilar direita

Diagnóstico Inicial: Politrauma Cod. Procedimento

Conduta: Seleto TC cranio, torax e abdome  
avaliação NCR, BMF e reavaliação CB  
Dipnora O2g + AD IV Agor Ass. Médico

Maria Cecília Oliveira  
 Médica  
 CRM-PL 28846

Evolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Definição do Caso: Condição de Alta:

|  |                                   |                                |   |                                    |  |                                  |   |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Internamento          | <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido | <input type="checkbox"/> Evadiu-se | <input checked="" type="checkbox"/> Alta | <input type="checkbox"/> Curado  | <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Internado na Clínica: |                                   |                                |   |                                    | <input type="checkbox"/> Não alterado    | <input type="checkbox"/> Piorado |   |
| <input type="checkbox"/> Transferido para:     |                                   |                                |   |                                    | <input type="checkbox"/> Óbito           |                                  |   |

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:  
 Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: 30/11/19 Hora: 9:54

Termo de responsabilidade para Internamento:  
 Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e cirurgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:  
 Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Data e Hora Impressão: 10-nov-19





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração 2 - CNES 0000855

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Demando Marcus da Silva 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1486161

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 8 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC de abdome total etc 14 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC torax etc 16 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL T craneo etc 18 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 20 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 22 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Politrauma

Tomografia

Data: 10/11/19

Médico: \_\_\_\_\_

ACNICO: \_\_\_\_\_

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10 / 11 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Marta Cecília Oliveira  
Médica

## AUTORIZAÇÃO

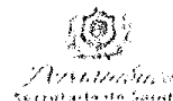
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

COD. 11





EVOLUÇÃO ENFERMEIRO(A)

Paciente: NEUMANDO MARCELO DA SILVA Registro: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 1/1/1984 Enfermaria/leito: \_\_\_\_\_ Data: 10/11/19

| Avaliação Neurológica: |          | Resposta Verbal       |          | Resposta Motora  |          |
|------------------------|----------|-----------------------|----------|------------------|----------|
| Abertura Ocular        |          |                       |          |                  |          |
| Espontânea             | 4 pontos | Orientada             | 5 pontos | Obedece a ordens | 6 pontos |
| Ao som                 | 3 pontos | Confusa               | 4 pontos | Localiza dor     | 5 pontos |
| A pressão              | 2 pontos | Palavras inteligíveis | 3 pontos | Flexão Normal    | 4 pontos |
| Ausente                | 1 ponto  | Sons incompreensíveis | 2 pontos | Flexão Anormal   | 3 pontos |
| Não Testável           | NT       | Ausente               | 1 ponto  | Extensão         | 2 pontos |
|                        |          | Não Testável          | NT       | Ausente          | 1 ponto  |
|                        |          |                       |          | Não testável     | 0        |

TOTAL: 15

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Estado Geral:</b><br><input type="checkbox"/> Bom<br><input checked="" type="checkbox"/> Regular<br><input type="checkbox"/> Grave   | <input type="checkbox"/> Normocorado<br><input checked="" type="checkbox"/> Hipocorado<br><input type="checkbox"/> Acianótico<br><input type="checkbox"/> Cianótico<br><input type="checkbox"/> Ictérico<br><input type="checkbox"/> Anictérico | <b>Sedação:</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><br><b>Medicação:</b><br>_____<br>_____<br><b>Vazão:</b> _____ ml/h<br><br><b>Total:</b> _____ | <b>ESCORE DE RANISAY</b><br><input type="checkbox"/> 1- Ansioso, agitado<br><input type="checkbox"/> 2- Cooperativo, orientado e tranquilo<br><input type="checkbox"/> 3- Dormindo, sonolento e respondendo<br><input type="checkbox"/> 4- Dormindo e respondendo a estímulos<br><input type="checkbox"/> 5- Dormindo e respondendo lentamente<br><input type="checkbox"/> 6- Dormindo e não respondendo a estímulos |
| <b>Medicamentos em uso:</b><br><b>Drogas vasoativas:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Sem DVA<br><input type="checkbox"/> Nora<br><input type="checkbox"/> Nipride<br><input type="checkbox"/> Dopamina<br><input type="checkbox"/> Dobutamina<br><b>Outra:</b> _____<br><b>Vazão:</b> _____ ml/h |   | <b>Antibioticoterapia:</b> Data de início: ____/____/____ - Dias em uso: ____<br><b>Medicamento:</b><br>1. _____ - 2. _____ - 3. _____   |  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Padrão Cognitivo:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente<br><input checked="" type="checkbox"/> Orientado<br><input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sonolento<br><input type="checkbox"/> Confuso<br><input type="checkbox"/> Torpor<br><input type="checkbox"/> Coma | <b>Isolamento:</b><br><input type="checkbox"/> Contato<br><input type="checkbox"/> Respiratório<br><input type="checkbox"/> Aerosol<br><input type="checkbox"/> Gótica<br><input type="checkbox"/> Reversa | <b>Cabeça e pescoço:</b><br><b>Crânio:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Simetria<br><input type="checkbox"/> Assimetria<br><b>Face:</b><br><input type="checkbox"/> Simetria<br><input checked="" type="checkbox"/> Assimetria<br><input type="checkbox"/> Edema | <b>Cabeça e pescoço:</b><br><b>Pescoço:</b><br><input type="checkbox"/> Sem alterações<br><input type="checkbox"/> Rigidez de nuca<br><input type="checkbox"/> Nódulo tireoidiano<br><input type="checkbox"/> Linfonodos<br><b>OBS:</b> _____ |
| <b>Pele:</b><br><input type="checkbox"/> Íntegra<br><input checked="" type="checkbox"/> Lesionada<br><input type="checkbox"/> Hidratada<br><input type="checkbox"/> Desidratada<br><input type="checkbox"/> Edema<br><input type="checkbox"/> Anasarca<br><input type="checkbox"/> Rush                            | <b>LPP:</b><br><input type="checkbox"/> Sim -<br>Local: _____<br><input type="checkbox"/> Não<br><b>Tipo de curativo:</b> _____  | <b>Curativo:</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br>Local: _____<br>Aspecto: _____<br>Se sim, aplicar ficha de curativa padronizada  | <b>Fontanela:</b><br><input type="checkbox"/> Normométrica<br><input type="checkbox"/> Abulada  |



SENHA DA REGULAÇÃO:

*Verifique se  
realizou o TC de face*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

*Novo  
CG  
TC*

*10322600177*  
020630037  
020610019  
020620032  
020630010

|                                  |   |                                    |
|----------------------------------|---|------------------------------------|
| Nº PRONTUÁRIO:<br><b>1486161</b> | Data e Hora de Atendimento:<br>10/11/2019 04:06 | Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL |
| Atendimento Manual:              |   |                                    |

|                                |                                    |                 |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| Nº. ATEND.: 1508160            | Paciente: LEONARDO MARCIO DA SILVA | Nm. Social:     |
| Data de nascimento: 14/05/1985 | Idade: 34a 5m 27d                  | Sexo: MASCULINO |

|                        |            |                                   |
|------------------------|------------|-----------------------------------|
| Estado Civil: SOLTEIRO | Profissão: | Acompanhante: MARIA JOSE DA SILVA |
|------------------------|------------|-----------------------------------|

|                                      |  |                             |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| DOC ID / Data expedição<br>7408358 / | Mãe: MARIA JOSE DA SILVA<br>Pai: GENIVAL JOSE DA SILVA | Cartão SUS: 706305719410076 |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|

|  |                        |  |
|--|------------------------|--|
| Endereço: RUA SEVERINO GONCALVES<br>Bairro: CENTRO<br>Cidade: LAGOA DO ITAENGA | Acidente de Transporte | Numero 157<br>Complemento:<br>UF: PE Telefone: 991266547 |
|--|------------------------|--|

Ocorrências:

|   |                   |
|---|-------------------|
| Objetivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO | SERVIÇO EXECUTADO |
| Procedência: OUTRO HOSPITAL                             |                   |

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Informações do Serviço Social: <i>Atenção com o município de...</i>   | CORTAS MEDICAFATURAMENTO  |
| Confirmação de nome:  | Assistente Social         |
| Confirmação de endereço:  | <i>Maria Barros</i>       |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>  | <i>Assistente Social</i>  |
| Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> | <i>02558.06014/Região</i> |
| Outros <input type="checkbox"/>   | <i>10.11.19</i>           |
| Observação:   | Assistente Social         |

História Clínica: *Paciente vítima de acidente de carro há 5 Gh.  
Refer dor abdominal e em altura lombossaca  
Nega demais queixas*

*10/11/2019*  
*Medic: ...*  
*reunido -*

|   |   |
|---|---|
| Atendimento Médico  |   |
| Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                         | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>     |
| Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                         | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                        | Transporte realizado Por:   |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? |   |

|   |
|---|
| Exame Físico:   |
| A. Geral: Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: |

*EGB, eufórico, corado, bem perfundido*

|                                       |
|---------------------------------------|
| B. Respiratório: <i>MV: AHT, x/RA</i> |
|---------------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| C. Circulatório: <i>RCR 2T1BNF</i> |
|------------------------------------|

*[Handwritten signature]*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Deoná de m... (handwritten)

(empty box)

1486361

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/11/19 # NCR #

paciente vítima de colisão  
carro x carro. Retorno de traqueografia  
com imagens sem evidências de  
fraturas de seu pescoço cervical.  
ECG: 15

CD: Alta de NCR

Hoje Cuidados de BMT

Atendente de Enfermagem  
Dra. Cristiana B. ...  
CRM PE: 275...

# CRM #

10/11/19 paciente vítima de acidente

08:50 atendimento

visto comite, antebraço, punho, mão

Laudo EPP

AO EXAME FÍSICO QUANTO AOS Membros superiores  
presença de OPN fr. base distal humeral, sem  
exatidão nas linhas fr. TC de base no antebraço  
e punho em ossos de mão

CD: alta de ortop

Dr. Justino Cunha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE: 275...

# Traumatologia #

PT relato de dor no SI / punho. Ao exame: motricidade preservada em nível. TC SI evidência de fratura na área lateral

CD: @ Proprietário OIPA CAP EV

@ Alta de ortop

Dr. Luiz Hirata Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
Acupuntura



Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810338

Processo nº **0061340-73.2021.8.17.2001**

AUTOR: LEONARDO MARCIO DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### **DESPACHO**

O autor não indicou quanto recebeu de indenização securitária na via administrativa e nem juntou o comprovante de requerimento administrativo do seguro, tendo colacionado diversos documentos com teor e assinatura ilegíveis (ID 86443160).

Assim, ante a escassez das informações e a presença de documentos nos moldes acima indicados, providencie a parte Autora o saneamento dos defeitos acima apontados.

Prazo de dez (10) dias.

INTIME-SE.

(data e assinatura do sistema)





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

---

Seção B da 21ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0061340-73.2021.8.17.2001  
AUTOR: LEONARDO MARCIO DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**INTIMAÇÃO DE DESPACHO**

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 21ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 86491696, conforme segue transcrito abaixo:

*" DESPACHO O autor não indicou quanto recebeu de indenização securitária na via administrativa e nem juntou o comprovante de requerimento administrativo do seguro, tendo colacionado diversos documentos com teor e assinatura ilegíveis (ID 86443160). Assim, ante a escassez das informações e a presença de documentos nos moldes acima indicados, providencie a parte Autora o saneamento dos defeitos acima apontados. Prazo de dez (10) dias. INTIME-SE. (data e assinatura do sistema)"*

RECIFE, 8 de outubro de 2021.

**TARCISIO BATISTA DA SILVA JUNIOR**  
Diretoria Cível do 1º Grau



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL – PERNAMBUCO.**

**PROCESSO Nº 0061340-73.2021.8.17.2001**

**LEONARDO MARCIO DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move contra SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A E OUTRA, vem mui respeitosamente a presença de Vossa Excelência, diante do despacho exarado, ratificar as informações já contidas na Inicial onde o autor informa ter sido Negado a sua indenização pela seguradora.**

Segue em anexo, documentos solicitados .

Nestes termos

Pede Deferimento

Recife, 18 de outubro de 2021

Ana Santos

OAB/PE 28697



**PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE: Leonardo Marcio da Silva  
brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 072 403 464 07 e portador da cédula de identidade  
nº F 408 358 residente e domiciliado(a) na  
Rua Severino S. Gonçalves  
nº 457 bairro de Centro  
CEP 55840-000 na cidade de  
Itainga - PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de  
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 6 e 7, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-  
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações  
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes  
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º  
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas  
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,  
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de  
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar  
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,  
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,  
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do  
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos  
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer  
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de  
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,  
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer  
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei  
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do  
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de  
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e  
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da  
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,  
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,  
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais  
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios  
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 14 de 30 de 2021

Leonardo Marcio da Silva  
Outorgante



**Cláusula 7ª.** Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço recairá sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

**Parágrafo único:** Pelos serviços a serem prestados o CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS a título de honorários advocatícios, a pagar o valor 30% em processo judicial do valor a ser recebido por prestação de serviços advocatícios na sua conta corrente ao final, advindos da ação ingressada do processo do CONTRATANTE a RETENÇÃO dos honorários em favor das CONTRATADAS.

**Cláusula 8ª.** Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

**Cláusula 9ª** Caso, ocorra o inadimplemento da obrigação de pagar, a contratada, ingressará com ação para recebimento dos serviços prestados.

**Cláusula 10ª.** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

#### DA RESCISÃO

**Cláusula 11ª.** Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

#### DO FORO

**Cláusula 12ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife - PE 14 de 10 de 2021

ANA SANTOS  
OAB/PE 28897 D

X 072.101.464-07  
CONTRATANTE  
CPF

#### TESTEMUNHAS

1. NOME:  
CPF/MF

2. NOME:  
CPF/MF



## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Demando Marcio da Silva  
brasileiro, estado civil casado, profissão advogado, regularmente  
inscrito no CPF/MF sob o nº 072.303.404-07 e portador da  
cédula de identidade nº 2408358 residente  
domiciliado(a) Rua Sabinos S. Gonçalves, nº 1, bairro de  
cidade Itajaí - PE, CEP 55840-000, na

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630, E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocáticos, resolveram celebrar o presente contrato de prestação de serviços profissionais de advocacia, em conformidade às estipulações a seguir disciplinadas, que se obrigam a cumprir, por si e seus sucessores. Caberá apenas ao contratado a retenção dos honorários advocatícios independentemente de substabelecimento ou procuração "Apud Acta".

### DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta pelo CONTRATANTE, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

### DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

### DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

### DAS DESPESAS

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do

### CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

### DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

### DOS HONORÁRIOS



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Leonardo Mauricio da Silva  
brasileiro(a), estado civil casado,  
profissão operador inscrito no CPF/MF sob o  
nº 072 303 464 07, e portador da cédula de  
identidade nº 7 408 358, residente e  
domiciliado(a) Rua Alexandre S. Gonçalves  
nº 357, bairro Centro,  
CEP 55840-000 na cidade de  
Itapecuru - PE

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 24 de 10, de 2021

NOME: Leonardo Mauricio da Silva



## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Leonardo Marcio da Silva  
RG 7408358, CPF 072 303 464 07  
Residente na rua Severino S. Gonçalves; Bairro Centro  
Cidade Olinda de Itambé, Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 24 de 10 de 2021

Leonardo Marcio da Silva

Assinatura do Declarante



## SINISTRO 3210130324 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** LEONARDO MARCIO DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** LEONARDO MARCIO DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 07210146407

**Posição em 14-10-2021 14:37:15**

Informamos que este pedido de indenização foi negado. Os motivos da negativa foram enviados por carta para o beneficiário.

