

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cleibson Amaro Pereira da Silva

RG 7.700.476 CPF 103.050.834-81 PROFISSÃO AUTONOMO

ESTADOCIVIL Solteiro ENDEREÇO Rua José Alvaro  
de Melo 286 Piedade - Jaboatão dos Guararapes

OUTORGADOS: DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143, CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE – 32.262 todos com endereço profissional na Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

**PODERES:** Para o foro em geral, com cláusula “*ad judicia*”, para defender os interesses e direitos do outorgante, e mações 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 e 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, representar em audiência ou judicialmente, 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 (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 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.

Cleibson Amaro Pereira da Silva  
Local e Data

Recife 17 AGOSTO 2018.  
Outorgante





**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS**

Eu, Cleibson Amaro Pereira da Silva,  
brasileiro(a) portador do RG: 3.700.476 e  
CPF: 103.050.834-81, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e  
1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não  
dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do  
sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira  
responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente  
declaração para que produza seus efeitos legais.

Cleibson Amaro Pereira Da Silva

Local e Data

Recife 17 Agosto 2018

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770  
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

### DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular:		
<i>Cleibson Amaro Ferreira da Silva</i>		
Nacionalidade:	Estado Civil:	
<i>Brasileiro</i>	<i>Solteiro</i>	
RG:	CPF:	Nasc.:
<i>7.400.776 SDS/PE 103.050.834-81 11/09/1987</i>		
Profissão:		
<i>Outros</i>		
Endereço:		
<i>Rua José Gioratto de Melo 236</i>		
Bairro:	CEP:	
<i>Piechow</i>	<i>54400-380</i>	
Município:	Estado:	
<i>Jaboatão dos Guararapes Pernambuco</i>		

CONTRATADO: ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sérgio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

### DO OBJETO DO CONTRATO

**Cláusula Primeira:** O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

**Parágrafo único:** estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

### DA FASE JUDICIAL

**Cláusula Segunda:** caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

**Parágrafo único:** as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a ressarcí-las.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

**Cláusula Terceira:** A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

### DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

**Cláusula quarta:** é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

**Rua Sérgio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770**  
**Fones: 3241.4001 / 8876.5452**

*Cleibson Amaro Ferreira da Silva*



**Cláusula quinta:** a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

#### DO RECEBIMENTO

**Cláusula sexta:** Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

**Cláusula sétima:** Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

**Cláusula oitava:** Não há prazo determinado para o término do procedimento.

**Cláusula nona:** Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

#### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

**Cláusula décima:** A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

**Cláusula décima primeira:** A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS** 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

**Cláusula décima segunda:** A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

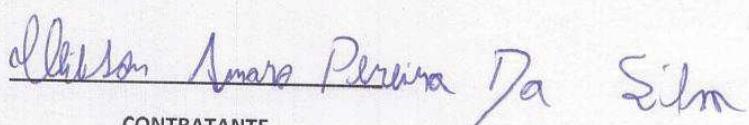
#### DA RESCISÃO

**Cláusula décima terceira:** Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

#### DO FORO

**Cláusula décima quarta:** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 17 de AGOSTO de 2018.

  
CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS  
CNPJ 19.454.173/0001-08

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES  
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770  
Fones: 3241.4001 / 8876.5452





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC  
 DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0132000591**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2018** às **14:08**

Complementa o BO Número: **18E0132000468**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 1, PRÓXIMO À DIVISA COM O MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM - Bairro: ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
 JEAN FELIX DA SILVA UCHOA ( VITIMA )  
 CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEAN FELIX DA SILVA UCHOA  
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JEAN FELIX DA SILVA UCHOA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **AMARA JOSEFA DA SILVA**  
 Pai: **MANOEL IVANILDO FELIX UCHOA** Data de Nascimento: **21/3/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA DA COMUNIDADE, 14 - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, ATACADO DOS PRESENTES**

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

**CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA EDILEUZA PEREIRA DA SILVA** Pai: **ELMO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **11/9/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7700776/SDS/PE (RG), 10305083481 (CPF), 05257113117 (CNH)** Estado Civil: **AMASiado(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 988811135**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 236, RUA JOSE ALVARO DE MELO, 236, PIEDADE, JAB. DOS GUARARAPES/PE - CEP: 55000-000 - Bairro: PIEDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

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



**VEÍCULO 01 (FORD/FIESTA KKO6597) (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JEAN FELIX DA SILVA UCHOA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEAN FELIX DA SILVA UCHOA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKO6597** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

**VEÍCULO 02 (VW/KOMBI) (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/KOMBI** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE CONDUZIA SEU AUTOMÓVEL (FORD/FIESTA DE PLACA KKO-6597) PELA RODOVIA ESTADUAL PE-060, NAS PROXIMIDADES DA DIVISA ENTRE OS MUNICÍPIOS DE IPOJUCA E SIRINHAÉM, QUANDO UMA KOMBI AVANÇOU EM SUA FAIXA, PELA CONTRAMÃO, E ATINGIU SEU VEÍCULO FORTEMENTE. A VÍTIMA CONDUZIA NO SENTIDO IPOJUCA-SIRINHAÉM E QUE NÃO RECORDA COMO O ACIDENTE ACONTECEU, UMA VEZ QUE LOGO FICOU DESACORDADO. ADEMAIS, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DOM HÉLDER ONDE SE CONSTATOU QUE A TÍbia DA Perna ESQUERDA FORA FRATURADA. JÁ A VITIMA CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA, TEVE O OMBRO DIREITO FRATURADO, QUE APÓS O ACIDENTE O MESMO PERDEU OS SENTIDOS SÓ OS RECOBRANDO NA AMBULANCIA DO MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM / PE, E APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.**

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

**JEAN FELIX DA SILVA UCHOA**

(VITIMA) *Jean Felix da Silva Uchoa*

**CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA**

(VITIMA) *Cleibson A. P. Da Silva*

B.O. registrado por: **LAUDSON TABOSA DE ANDRADE** - Matrícula: **351076**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 917631/2018.

NOME: CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA.

Foi atendido às 16h37 do dia 08.01.2018.

Diagnóstico provável: Tc5

Fratura fechada clavícula ()

(cavidade anterior)

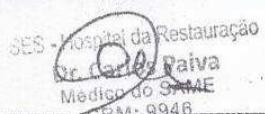
Tratamento realizado: clínica + fisioterapia

TMC clavícula

Obs. alte luxamento - 08/01/18

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 26/03/18.



**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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1618531

Nome : Cleibson Amaro Pereira da Silva

Foi atendido às 16:37 hs. do dia 08/01/18

Diagnóstico Próvel:

Fratura de clavícula

Tratamento Realizado : Tto conservador +  
tipóia + Analgesia + 30 dias de  
recesso

Observação : Ac ambulatório de ortopedia de combro

Cópia de :

Alfa

08/01/18

  
Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 917631

Nome: eduardo amaro pernambucano suárez

Foi atendido às 17 h do dia 08 / 01 / 2018

Diagnóstico Provável 3) Politrauma 2) TCC leve

data da alta 08 / 01 / 2018

Este paciente deverá retornar para **EMERGÊNCIA** em caso de:  
CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

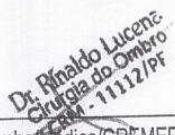
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURIA

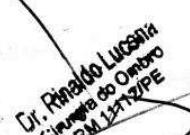
Observação: \_\_\_\_\_

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

Cod. 0163

 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>  <b>RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO</b>  <small>GOVERNO DO ESTADO</small></p>	
Padente:	Registro:
<i>Adriana B. S. Souza</i>	
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:
<p><i>Portador de          fratura da          clavícula          com visita rem          edicamentosa</i></p>	
 <p>Dr. Rinaldo Lucena          Cirurgia do Ombro          CRM - 11112/PF</p>	
Data: <u>6/3/18</u>	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
COD. 0340	



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>    <b>RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO</b>  <small>GOVERNO DO ESTADO</small></p>	
Paciente: <i>Millena A. S. Bittar</i> Clínica:	Registro: <i>Box/Leito/Enfermaria:</i>
<p> <i>           Restaurar de            fratura clavicular            direito na            3 meses, tam            bém ADR            5520         </i> </p>	
 <p> <i>           Dr. Rinaldo Lucena            Cirurgião do Ombro            CRM 12712/PE         </i> </p>	
Data: <i>21/6/18</i>	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12989262

A/C: CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180230163  
**Vitima:** CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA  
**Data do Acidente:** 08/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALBIEZER RIBEIRO DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLEIBSON AMARO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004020

Conta: 000001008995-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

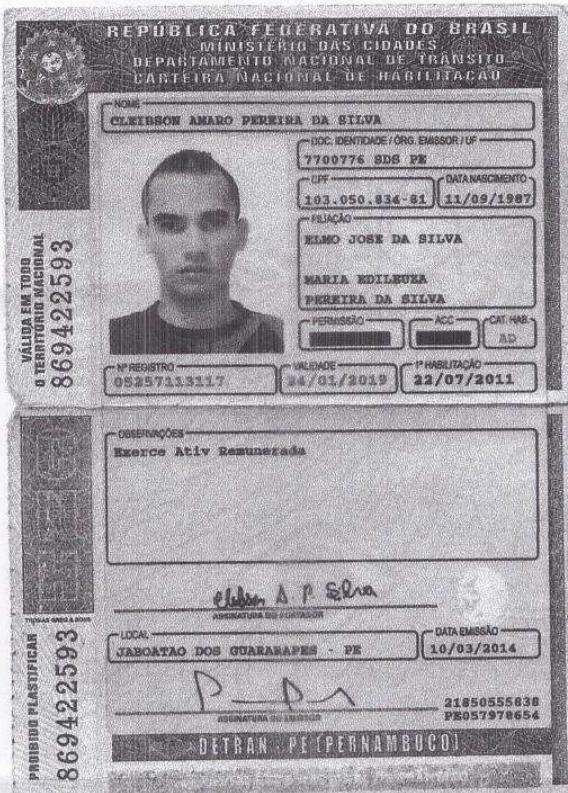
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# Bem-vindo à Conta Combinada Flex.

Mais fôlego e flexibilidade para o dia a dia.

PK14-4400

001 4020 1008995-4 RECIFE-HOS  
CLEIBSON AMRARO PEREIRA DA  
R JOSE ALVARO DE MELO 236  
PIEDADE

54400-380

DS923801830BR

000 0000 6820  
M / \*1

00001315

9AUQRA  
PK14-4400

PE

