



ADVOCACIA
Ruth Costa - OAB/PE 36.837

Procuração e Contrato

OUTORGANTE: José Luiz Batista do Nascimento

Estado Civil: Solteiro, Profissão: Desempregado

RG: 5845823 SSP PE, CPF: 010.026.494-03, Endereço: Rua
20 de novembro 140, Torreões, Recife - PE, CEP: 50650-360.

OUTORGADA: Ruth Rodrigues Costa, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.837 e Maria Eliza Bezerra da Costa Revoredo, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 37.017, ambas estabelecidas na Rua Visconde de Parnaíba, nº 215, San Martin, CEP: 50.761-050 Recife/PE.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula “Ad Judicia”, conferindo, portanto, poderes para RENUNCIAR aos valores que excederem o teto máximo do Juizado, obrigando-se a contratada desta forma, a defender os direitos judiciais e extrajudiciais do Outorgante e Contratante.

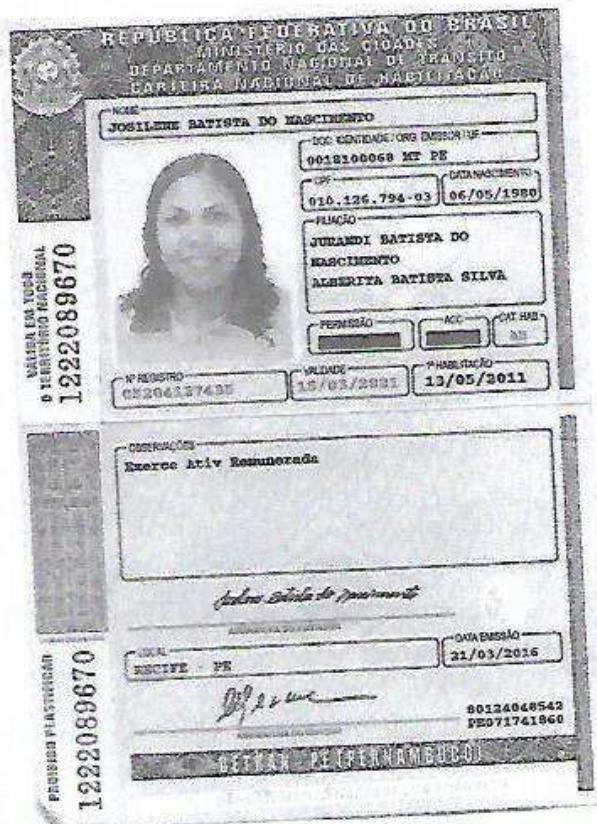
CONTRATO: Quanto ao pagamento dos honorários, estão as partes de acordo para o pagamento de honorários contratuais à base de 30% dos valores pecuniários recebidos em caso de êxito.

Parágrafo 3 – Os valores dos honorários deverão ser pagos à Outorgada/Contratada, Ruth Rodrigues Costa, CPF: 091.023.687-90 e desde já, o Outorgante/Contratante Autoriza a RETENÇÃO dos honorários advocatícios por ocasião do pagamento judicial ou administrativo

Recife, 03 de julho de 2019 .

José Luiz Batista do Nascimento





Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:48
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374894100000051712899
Número do documento: 19101716374894100000051712899

Num. 52547330 - Pág. 1



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal")

Beneficiário entre 16 e 17 anos: Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

010.126.794-03

010.126.794-03

Nome
Número
Estado

PE

Profissão
desempregada

Complemento

CEP
50.650-360

Telefone (DVI)
(81) 9.8782-3960

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Socilene Batista do Nascimento
Endereço
Rua 20 de Novembro
Bairro
Torres
Cidade
Recife
Email
recifecampina@hotmail.com

CPF titular da conta
Número
Estado

PE

Profissão
desempregada

Complemento

CEP
50.650-360

Telefone (DVI)
(81) 9.8782-3960

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFIRMAR
R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

X FAIXA DE RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 13.000,00

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

BRÁDESCO (237) BANK DO BRASIL (001) ITAU (341)

X FAIXA ECONÔMICA FEBRABAN (104)

AGÊNCIA

P/NC

CONTA

BNB

1028

00067873

O

Informar dígito se existir:

VII R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 13.000,00

CONTA CORRENTE (todos os dias)

BANCO

Bradesco

Agência

1028

Informar dígito se existir:

BNB

00067873

O

Informar dígito se existir:

BNB

00067873

19 FEV 2019

PROTOCOLO</



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 FEV 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0104003082**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **15:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2018** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO DO MEIO (BAIRRO), 01** - Bairro: **ENGENHO DO MEIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IDENTIDADE DESCONHECIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO

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

JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALBERITA BATISTA SILVA**
Pai: **JURANDI BATISTA NASCIMENTO** Data de Nascimento: **6/5/1980** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA VINTE DE NOVEMBRO, 70, COMUNIDADE DE RODA DE FOGO - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (PLACA AXC-3459-PE) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (DRAFA PLACA PFQ-2690) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DAFRA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação



INFORMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL CITADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO CIDADE QUANDO, AO PASSAR POR UM CRUZAMENTO SEM SEMÁFORO, UMA CONDUTORA DESCONHECIDA, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, FEZ MANOBRA DE MUDANÇA DE VIA SEM AGUARDA A PASSAGEM DA NOTICIANTE QUE TINHA PRIORIDADE DE TRÁFEGO POR ESTAR NA VIA PRINCIPAL, FATO QUE OCASIONAL UM ABALROAMENTO ENTRE OS DOIS VEÍCULOS TENDO A NOTICIANTE SIDO SOCORRIDA PARA UPA DA CAXANGÁ E TEVE FRATURA DO COTOVÉLO ESQUERDO E LESÃO NA Perna DIREITA. APÓS ALGUNS DIAS DO PROCEDIMENTO NA UPA CAXANGÁ, CONTINUOU O TRATAMENTO NO HOSPITAL DO ESPINHEIRO.

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

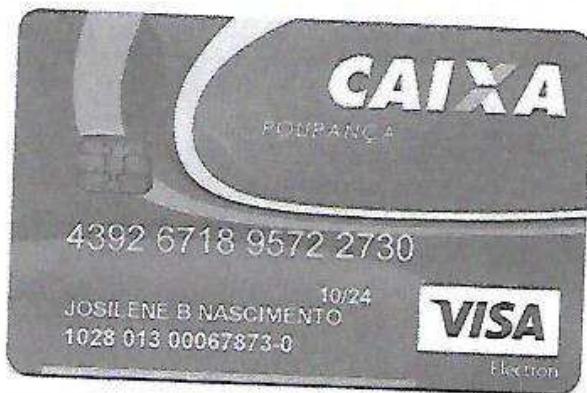
Josilene Batista do Nascimento
JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DA SILVA** - Matrícula: **1431021**



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374907900000051712903>
Número do documento: 19101716374907900000051712903

Num. 52549634 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374919900000051712906>
Número do documento: 19101716374919900000051712906

Num. 52549637 - Pág. 1



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 053.09.2018
EM: 25.09.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5875823** SSP-PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **010.126.794-03**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-520103**, que no dia 29 de agosto de 2018, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 22h06, na Avenida Bom Pastor, imediações ao Clube da SUDENE, Iputinga, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhada para a UPA Caxangá. Recife, 25 de setembro de 2018.

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Carlos Eduardo Macêdo
Intendente Operacional
Adm. da Unidade Francisco
SAMU SAMU Metropolitano Recife
192 Mat. 52549638-5

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 FEV 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: **Josilene Batista de Noronha** | CPF da Vítima: **010.126.794-03** | Data do Acidente: **29/08/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

Email:

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) e solicitar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), com o resultado, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CPF do Representante legal:
Número (DDU):

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 FEVEREIRO DE 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ruipe 31 de **Januário** de 2019
Local e Data

Josilene Batista de Noronha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1801.V001/2017

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 29/08/2018 22:37

Nome Paciente:	JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/05/1980
Sexo:	Feminino
Idade:	38
Senha:	OR0094
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 29/08/2018 22:43 - 29/08/2018 22:45

CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PC VEM ACOMPANHADA DO SAMU COM RELATO DE COLISAO CARRO MOTO
EAPRESENTALIMITAÇÃO EM MSE E MID
HAS-
DM-
ALERGIA:
SAMU RECIFE
PCPRRENCA:520106
EM MACA E PRANCHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/08/2018 22:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374937200000051712909>
Número do documento: 19101716374937200000051712909

Num. 52549640 - Pág. 1



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Soraya Santos
Aux. de Faturamento
Mat 1610

Maria Luísa

31

Data do Atendimento: 29/08/2018 Hora: 22:49:45 PRONTUÁRIO: 444983
No. Atendimento: 1207699 SETOR / Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: ADRIANAFC

Nome: **JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: 00/03/1980 Idade: 38 Anos, 3 Meses e 23 Dias

País ou responsável: ALBENIT BATISTA SILVA

Endereço.....: RUA VINTE DE NOVEMBRO, 170 - TORROES/ - 50650360.

Cidade.....: RECIFE Tel.:

Hora do Atendimento: 22 / 30 Hs

Peso: Kg ACO.: Temperatura:

C.I.: UPA CAXANGÁ
RAIO X

TIPO: *lumbar*

HORA:

QPD / HDA: *vítima de acidente com moto. referência dor no colo (E) e lombar (D)*

EXAME FÍSICO: *st edemaq*

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 FEV 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

*Ex colo (E) ap/d + perna ap/d +
p/ D AP*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *Proferid atap - m*

- Curativos

- Tropônia no MSC

*Destino do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento

Transferência para outra Unidade Óbito Outro:

*Condicão de Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374937200000051712909>

Num. 52549640 - Pág. 2

Número do documento: 19101716374937200000051712909

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

27/09/2018 07:48

Paciente: JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 06/05/1980	Atendimento: 16192586	Prontuário: 7117608
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300211/1
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11699 [1]	Nº: 10404649 05/09/2018 às 09:18		

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE RELATA ACIDENTE DE MOTO HA 1 SEMANA . FOI ATENDIDA NA UPA DA CAXANGÁ. QUEIXA DE DOR EM COTOVelo ESQ E EM Perna DIR AO EXAME - DRO E EDEMA DE COTOVelo DIR , Perna DIR E TNZ DIR	[1]
Queixa Principal		
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
EXAME FÍSICO		
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

27/09/2018 07:49

Paciente: JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 06/05/1980	Atendimento: 16192586	Prontuário: 7117608
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE		Leito: 300211/1
Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11699 [1]	Nº: 10405211 05/09/2018 às 10:02		

ANAMNESE			
Queixa Principal	RX = FRATURA SEM DESVIO DE CABEÇA DO RÁDIO ESQ	[1]	
	ORIENTADA A MARCAR CONSULTA PARA O AMB DE COTOVELO ESQ		
	HD = FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQ CONTUSÃO DE PERNAS DIR CONTUSÃO DE TORNOCÉLLO DIR		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]	
CID10	S521 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO	[1]	
Alergias	Não	[1]	
Medicação Em Uso	Não	[1]	
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]	
	99	[1]	
EXAME FÍSICO			
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]	
DIAGNÓSTICO			
CID10	S521 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO	[1]	
CID10	S521 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

27/09/2018 07:50

Paciente: JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 06/05/1980	Atendimento: 16192586	Prontuário: 7117608
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300211/1	
Profissional(is): MARILIA DA SILVA NORONHA COREN 579248 [1]	Nº: 10406693 05/09/2018 às 11:49		

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TALA AXILO PALMAR REALIZADO AS 11:49, EM 05/09/2018 RESP. MARILIA DA SILVA NORONHA, COREN/PE 579248.	[1]
	TIPOIA REALIZADO AS 11:49, EM 05/09/2018 RESP. MARILIA DA SILVA NORONHA, COREN/PE 579248.	

CONTROLE VITais

Administrado Medicamento Conforme Prescrição Médica. Segue Sem Queixas	Sim	[1]
--	-----	-----



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 17/10/2019 16:37:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101716374937200000051712909>
Número do documento: 19101716374937200000051712909

Num. 52549640 - Pág. 5



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 16ª Vara Cível da Capital

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

Processo nº **0067409-92.2019.8.17.2001**

AUTOR: JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

DESPACHO

Intime-se a parte autora para indicar, seu contato telefônico, tanto fixo, como móvel, e se o seu endereço é atendido pela entrega de correspondência, ficando ciente de que, caso não haja entrega domiciliar da correspondência, a intimação será considerada concretizada com o envio da Carta com Aviso de Recebimento, mesmo que este não a busque na agência dos correios correspondente.

Outorgo o prazo de 05 (cinco) dias para cumprimento das determinações constantes nesta decisão.

Com ou sem manifestações, retornem-me conclusos.

Intime-se.

Recife, 17 de outubro de 2019.

Fernando Jorge Ribeiro Raposo

Juiz de Direito

L





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 16ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0067409-92.2019.8.17.2001
AUTOR: JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 16ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 52551244, conforme segue transcreto abaixo:

" DESPACHO Intime-se a parte autora para indicar, seu contato telefônico, tanto fixo, como móvel, e se o seu endereço é atendido pela entrega de correspondência, ficando ciente de que, caso não haja entrega domiciliar da correspondência, a intimação será considerada concretizada com o envio da Carta com Aviso de Recebimento, mesmo que este não a busque na agência dos correios correspondente. Outorgo o prazo de 05 (cinco) dias para cumprimento das determinações constantes nesta decisão. Com ou sem manifestações, retornem-me conclusos. Intime-se. Recife, 17 de outubro de 2019. Fernando Jorge Ribeiro Raposo Juiz de Direito "

RECIFE, 18 de outubro de 2019.

CAMILLA RODRIGUES MARQUES CARNEIRO
Diretoria Cível do 1º Grau



Assinado eletronicamente por: CAMILLA RODRIGUES MARQUES CARNEIRO - 18/10/2019 11:39:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101811392625800000051757917>
Número do documento: 19101811392625800000051757917

Num. 52594282 - Pág. 1

EXMO SR DR JUIZ DA 16^a VARA CIVEL DA CAPITAL/PE.

PROCESSO N° 0067409-92.2019.8.17.2001

JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO, vêm por meio desta cumprir o despacho indicando:

- Telefones para contato: 9.8782.3960 / 9.84653215
- email: adv.re@hotmail.com

Neste sentido requer o prosseguimento do feito.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

RUTH RODRIGUES COSTA

OAB/PE 36.837



EXMO SR DR JUIZ DA 16^a VARA CIVEL DA CAPITAL/PE.

PROCESSO N° 0067409-92.2019.8.17.2001

JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO, vêm por meio desta juntar contra cheque e CTPS, documentos comprobatórios para demonstrar que merece o deferimento do benefício da Justiça Gratuita.

Neste sentido requer o prosseguimento do feito.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Recife, 01 de Novembro de 2019.

RUTH RODRIGUES COSTA

OAB/PE 36.837



Demonstrativo de Pagamento

Pagamento Salarial



Nome Completo JOSILENE BATISTA DO NASCIMENTO	Folha mensal	Competência Outubro/2019
Empresa/Filial 1/9	Matrícula 467861	Identificação de Funcionário(ID) 000390025
Cargo AUX LIMPEZA	Data de Admissão 15/05/2013	Centro de Custo 9365
CPF 01012679403	Carteira de Trabalho/Série 0000181/00068	
Banco/Agência 341/6385	Conta Corrente 201790	

Código	Descrição	QTD	Vencimento	Desconto
1	SALARIO	30	R\$1.146,78	
19	HORA EXTRA 75%	7,07	R\$64,95	
21	ADIC. NOTURNO 20%	132,01	R\$137,63	
23	REP REM S/HORA EXTRA		R\$0,13	
57	REP. REM. S/ ADIC. NOTURNO		R\$29,37	
203	ADICIONAL HR NOTURNA REDUZIDA		R\$98,31	
205	REPOUSO REMUNERADO S/H. NOT REDUZIDA		R\$20,93	
680	HL INTER/INTRAJORNADA 75%	0,04	R\$0,64	
753	ARREDONDAMENTO		R\$0,36	
791	ADIC. NOT. S/ HORAS EXTRAS	8,51	R\$9,23	
792	H. RED. S/ ADIC. NOT. DE HORAS EXTRAS	1,22	R\$6,36	
815	ABONO FERIADO		R\$36,00	
967	ABONO DOMINGO TRABALHADO		R\$68,00	
2201	DESC. ADIANT. QUINZENAL			R\$458,71
2248	PAGTO IND H. EXTRAS			R\$64,95
2258	TAXA SINDICAL			R\$2,00
2274	VALE TRANSPORTE			R\$68,81
2279	DESC. ARREDONDAMENTO			R\$0,71
2280	INSS	8		R\$124,27
2360	MENSALIDADE COOPERATIVA			R\$22,94
2362	EMPRESTIMO COOPFRATIVA	5,16		R\$129,16
2501	SEGURU VIDA EM GROUP			R\$1,14
2620	DESCONTO ADIANTAMENTO ABONO FERIADO			R\$36,00
2630	DESCONTO ADIANTAMENTO ABONO DOMINGO			R\$102,00
2883	EMPRESTIMO CONSIGNADO ITAU UNIBANCO	48		R\$106,00

Base Mensal / Outros

4001	SALARIO BASE		R\$1.146,78
4479	SAL CONTRIBUICAO FGTS MENSAL		R\$1.553,38
4480	FGTS MENSAL		R\$124,27
4482	SAL CONTRIBUICAO INSS MENSAL		R\$1.553,38
4483	SAL CONTRIBUICAO IR MENSAL		R\$1.553,38



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada para evitá-la a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Converse e discuta no trabalho, predisponha a acidentes pela desatenção.

Lêia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os aventais, punhos, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E MIGRÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00181 Série 00068

Número



Josilene Batista de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name: positivo Date: 10.05.80
Loc. Nas: Pato Date: 05.05.80
Filing No: Parroti Date: 10.05.80
Allelotype: Patella Date: 10.05.80
Doc. n°: PC 5825823 S.C.P.R.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n°
Exp. em Estado
Obs.
Data Emissão 28/10/88 DRT/PE

~~Rivaldo Prazeres da Silva
Assistente Administrativo~~

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

24



12

F 841424/0001-39

Empregador Liber Cons. e Serv. Gerais Ltda.
Geral - 100%

CGC/MF Rua Doutor José Mello, 247
Rua São Pedro R\$ 5500,00
Município Bez PE
Esp. do estabelecimento Brazil Software
Cargo Auxiliar de Escritório
CBO n° 514225

Data admissão 01 de setembro de 2001

Registro n° Fls/Ficha 9160

Remuneração especificada R\$ 390,00 P/Mês
(Rezental e onibus real)

Liber Cons. e Serv. Gerais Ltda.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Dept. Pessoal

1º 2º
Data saída 20 de DEZEMBRO de 2009
Liber Cons. e Serv. Gerais Ltda
Gersonildes Amorim de Oliveira

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N° 08

13

C
Empregador ESCOLA TÉCNICA REGIONAL LTDA
C.N.P.J. 01.672.348/0001-98
Endereço RUA GERVASIO PIRES 693
Complemento
Bairro SANTO AMARO
Cidade RECIFE - PE
Cargo AUX DE SERVS GERAIS
CBO 514320
Data Admissão: 18/10/2010 No.Reg.: 000236
Salário R\$ 550,00
(quinhentos e cinquenta reais) P/Mes

Sérgio José A.P.C. Beirão

Diretor Geral

ESCOLA TÉCNICA REGIONAL AUTORIZAÇÃO n° 291/05

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 07 de NOVEMBRO de 2012
Liber Cons. e Serv. Gerais Ltda

Sérgio José A.P.C. Beirão
CPF: 093.997.554-87
1º 2º
Com. Dispensa CD N° 08

Diretor Geral



16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregado **70.059.043/0001-28**

PLENO CONSULTORIA E SERVIÇOS LTDA

CGC/MF N°

Rua Rua Arão Lins de Andrade, 275
Município Piedade - CEP: 54.400-200
Esp. do estabelecimento: Laboratório dos Guararapes - PE
Cargo Auxiliar de Serviços Gerais de Sustentabilidade - CBO nº 5143-20
Data admissão 15 de Maio de 2015
Registro nº 053402 Fls./Ficha
Remuneração especificada: R\$ 805,99
(Mil e oitenta e cinco reais e nove centavos)

Pleno Consultoria e Serviços
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 08 de Agosto de 2016
Data saída Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Nathalia Amélia Lacerda
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
CPF (00) 123.004-79
1º 2º
Com. Dispensa CD N°.....

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: BOMPRECO SUPER NORDESTE LTDA
CGC/MF: 13004510001746
Rua: Av. Caxange IPUTINGA N° 3942
Município: EST
Esp. do Estabelecimento: HIPERMERCADO
Cargo: AUX LIMPEZA
Data Admissão: 15/05/2018 C.B.O No. 5143-20
Registro No Fls./Ficha: 390025
Remuneração Especificada: R\$ 1061,33
(um mil, sessenta e um reais e trinta e três centavos)

En
CG
Ru
Mt
Esp
Cai
Dat
Reg
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Remuneração especificada:

Bompreco Super Nordeste Ltda
CNPJ: 13.004.510/0001-74
CEP: 54.400-200

1º 2º
Data saída de de 19
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°.....

