



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº CEP	DATA DE EXPIRAÇÃO
6.459.843	11/09/2015
NOME	
<< ROGIMER BATISTA DA SILVA >>	
NASCIMENTO	
<< SEVERINO BATISTA DA SILVA >>	
<< QUITERIA BATISTA DA SILVA >>	
NASCIMENTO	
SÃO BENTO DO UNA - PE	DATA DE NASCIMENTO
	28/09/1974
RESIDÊNCIA << C/LETA LOG-4 R.116/CART.10 DIST. SÃO BENTO DO UNA-PE 27.10.1974 >>	
CPF 029 980 164-21	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83	



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B n° 1409569899

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO

Avenida Décado de 1940 600A Zona
Centro Recife PE 50000-000
CEP: 50000-000
CNPJ: 10.888.932.0001-08
Descrição Estadual: 000649-83

Tarifa Social de Energia Elétrica - LE 10.412 de 21.10.11
COMERCIAL - LE PROVISÓRIO - 11
Atenção ao deficitário público da defasagem
Ouvidoria 0800 252 9333
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE 0310 717 0107
Ligações Grárias de Telefones Fixos e Celulares
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 0800 257 0107
Ligações Grárias de Telefones Fixos e Celulares
Ligações Grárias de Telefones Celulares

DADOS DO CLIENTE: JOSE FERREIRA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019	CONTA CONTRATO 7025723877		
ENDEREÇO RUA UM 7 -RESIDENCIAL -LOTTO FREI DAMIAO/BELO JARDIM -55150-000 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019	NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904990		
PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67	VIA PARA PAGAMENTO			
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,75					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					
Destaque aqui:	CONTA CONTRATO 7025723877	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63		
		VENCIMENTO 18/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.		
			AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 07/03/2020 15:29:08

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030715290853800000057906561>

Número do documento: 20030715290853800000057906561

Bandeira do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ºCIRC
DINTER1/15ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0194002791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2019** às **10:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, ENTRADA DO FREI DAMIÃO -**
Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ FERREIRA DA SILVA

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **QUITERIA BATISTA DA SILVA** Pai: **SEVERINO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **28/9/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 7, UA UM, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **LUIZ FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/10/1964** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA CINCO, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Qualificação do(s) objeto(s) envolvidos(s)

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO0176** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

07/11/2019 10:07



Complemento / Observação

INFORMA A SRA. ROSIMERE QUE SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA INFORMADA ANTERIORMENTE, QUE ESTAVAM NA VIA QUE SAI DO FREI DAMIÃO E QUE FORAM ATINGIDOS POR VEÍCULO QUE SEGUIA PELA BR 232 E ENTROU PARA O FREI DAMIÃO. DO ACIDENTE A VÍTIMA APRESENTA XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CRLV DA MOTOCICLETA, RG E CPF DO CONDUTOR (NÃO APRESENTOU CNH E ACREDITA NÃO SER ELE HABILITADO), DECLARAÇÃO E FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM E FICHA DE ATENDIMENTO/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste/EMERGÊNCIA. A VÍTIMA DIZ NÃO CONHECER O OUTRO ENVOLVIDO NA COLISÃO, PORÉM ELE É CONHECIDO DO PILOTO DA MOTOCICLETA.

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

rosimere Batista da Silva

**ROSIMERE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **3875741**



07/11/2019 10:07



Assinado eletronicamente por: sharon Stéphane Lins Barros - 07/03/2020 15:29:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030715290853800000057906561>
Número do documento: 20030715290853800000057906561

Num. 58880426 - Pág. 4

SINISTRO 3190690411 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSIMERE BATISTA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF/CNPJ: 03998016422

Posição em 29-01-2020 11:13:46

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

Ver Carta

24/12/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO
------------	-------------------------------



BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **039.980.164-22**

Nome: **ROSIMERE BATISTA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/09/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/09/1999**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:18:46** do dia **29/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2E3D.CE6B.986B.9112**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).



29/01/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Residim no Belo Jardim
Dra. Sílvia residente Rua 01 Vº 07
Frei Daniel esteve internado
nesta Hospital no periodo de 14. 07. 2019 à
com diagnóstico de CID:
prontuário nº _____.

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

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

Belo Jardim 31/07/19

Karla Cybele
Diretora Adjunta
HJAL / UPA 24 HS
Koss

Responsável



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: *Lanerl George da Silva.*

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

14/7/17; 21.456

NOME

92/9

CRM

DR. JUNIOR LALÉ
CRM PE 0249

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA
OUTRO SERVIÇO

NOME

CRM

DATA



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/09/17	07:00	<i>O paciente é amado e doce do jeito</i>	<i>acidente mobiliário, ferido em MS (E) e MMT.</i>
14/09/17	07:30	<i>Painel 100/100</i>	<i>22:00</i>
14/09/17	07:30	<i>58,91/100/100</i>	<i>11</i>
14/09/17	07:30	<i>Steak f ABS, 10</i>	<i>22:00</i>
14/09/17	07:30	<i>Cappuccino 25, 2 sp.</i>	<i>12:00</i>
14/09/17	07:30	<i>Pão francês</i>	
10-09-2017	07:30	<i>Rota - S di ombro báteria</i>	
		CONDIÇÕES DE ALTA	MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em:	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	Hora:	<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> - 48 horas		<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Piorado			<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para:		<i>Suladão - ombro E</i>	
Diagnóstico Definitivo:		<i>Suladão - ombro E</i>	
Observação:		<i>Hospital São José</i> <i>tel: 522 7774</i>	
14/09/17		MÉDICO PREMÉDICO	





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

anamaria.
Registro N° _____
Data: 14.07.19
Hora: 20:25h

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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>84180024994476389</u>	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: <u>Krisimere Batista da Silveira</u>	Idade: <u>64</u>	
	Name: <u>Krisimere Batista da Silveira</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>Branca</u> Estado Civil: <u>Solteira</u>	
	Data de Nascimento: <u>28/09/44</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>		
	Naturalidade: <u>R. U.</u>			
	Endereço: <u>R. Uon, 09 - Fazenda Diamantina</u>			
	Procedência:		Telefone:	
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>A mesma</u>	Parentesco:		
	Endereço:		Fone:	
	Trazido por:			
	Endereço:		Fone:	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente:	Data:	Hora:	
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Outras Causas
	Atendimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual:	<u>Acidez de moco qd abr</u> <u>gastro</u> <u>O</u> <u>e</u> <u>pe</u> <u>E</u> <u>fe</u> <u>100</u>		
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO			
	Pressão Arterial: <u>100 x 100</u>	P脉搏: _____	Temperatura: _____	Peso: _____
				<u>Alergia: (-)</u> <u>H.A.S: (-)</u> <u>DM: (-)</u>
	Diagnóstico Provisorio:	<u>Hist. de moco + dores</u> <u>Barato: Sanguinolento e?</u> <u>Domingos</u>		



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/07/19		<i>Dr. Lins luned 0 e do do pto (E)</i>	<i>acidente mobi- elétrico, ferido em MS(E) e NM (I).</i> <i>USG Almirante Lages PREMEX 9219</i>
14/07/19	22:00	<i>Pronto (00) 10/07/19</i>	
14/07/19	22:00	<i>(0) 580,91/100/00/00/00</i>	
14/07/19	22:00	<i>(0) Drs + ABS, 10/07/19</i>	
14/07/19	22:00	<i>(0) Agendado 25/07/19, 2 gp, 10/07/19</i>	
14/07/19		<i>(0) Fim</i>	
10- Rota - > ombro lateral			
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Alta Pedida	
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência	
<input type="checkbox"/> Piorado		<input type="checkbox"/> Indisciplina	
Transferido para:	<i>Saído de ombro (E)</i>		
Diagnóstico Definitivo:	<i>Sintoma de ombro (E)</i>		
Observação:	<i>Julgado feito e feito julgo: 572 7776</i>		
14/07/19			
	<i>MÉDICO DIPLOMADO</i>		



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 525462

Prontuário: 341837

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1974

Idade: 44

Sexo:

FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002924975389

Endereço: RUA JOAO DEMETRIO SOBRINHO

Bairro: COHAB-LL

Cidade: BELO JARDIM

Nº: 7

CEP: 55152270

Fone: 989171570

Estado: PE

Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- *Rasgo na ome omiso*
680 anos evant
201 omiso (6)

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Traumat
fratimis do omiso. Fraturat (6)
Tyrosis

Prescrição:

Dieta: _____ Data: 15/07/19

Data

Horário

10 Rx omiso (5) RP
infusao de fe

aplicar 1000ml de soro fisiologico
aplicar 1000ml de soro fisiologico
aplicar 1000ml de soro fisiologico

1 de 2



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rosimere Batista da Silva
brasileiro(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 039 980 461 22 e portador da cédula de identidade
nº 6459 343, residente e domiciliado(a) na
Rua Uru
nº 07 bairro de Bello Forte Dormida
CEP 55750-000 na PE cidade de
Belo Jardim

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 judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "At 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 Juíza Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, translitar, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, o 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, isando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive estabelecer 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 1951, faz jus aos benefícios da gratuitade da Justiça.

Recife, 29 de 01 de 2020

Rosimere Batista da Silva
Outorgante



**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS
IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

CONTRATANTE: Rosimere Batista da Silva,
brasileiro, estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 039 980 169 22 e portador da cédula de identidade
nº 6959 393, residente
domiciliado(a) rua 101

Betto Frei Damico CEP 55150.000, nº 07, bairro de
cidade Belo Jardim, P.E.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALMEIDA PERINHA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lé, nº 380 Empresarial da Ilha sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: ana.santosadv@gmail.com; onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justificadamente acordado o presente **Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá pelas cláusulas seg. intes e pelas condições descritas no presente.**

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 por _____, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades inclusas 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 contração de outros profissionais, no decorso do processo, o CONTRATADO elaborará subsistema, indicando escritório e 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 photocópias, 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 facultarão 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 recarregará sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

Parágrafo Único: Os pagamentos acima descritos serão garantidos através da emissão de cheques ao portador nos valores e datas previstas.

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. As partes estabelecem que haverá de 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 REGISRAÇÃO

Cláusula 10ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, subestabelecendo sem reserva de igualdade e se exonerando de todas obrigações.

DO FONTE

Cláusula 11ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife; Por estarem assim justos e convenientes, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife - PE 29 01 de 2020

X Rosimere Batista da Silva
Contratante

Contratado



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Rosimere Batista da Silva,
RG 64 59 343 , CPF 033 980 164-22,
Residente na rua um, Bairro Botto Frei Domílio
Cidade Belo Jardim, 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, 29 de 01 de 2020

X Rosimere Batista da Silva

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Rosimere Batista de Silva, brasileiro(a), estado civil sóteira, profissão agricultor, inscrito no CPF/MF sob o nº 039 380 164-22, e portador da cédula de identidade nº 6459 343, residente e domiciliado(a) rua 4m, nº 07, bairro Bento Frei Damiao, CEP 55450.000, na cidade de Belo Jardim, P.E.

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 1.060/950.

Recife, 29 de 05, de 2020

NOME: Rosimere Batista da Silva

