



**MICHEL FRANÇA**

ADVOGADO - OAB/PE - 44.177

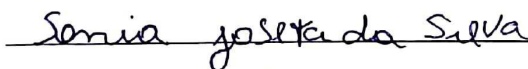
### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE** Eu SONIA JOSEFA DA SILVA, nacionalidade: Brasileira, estado civil: solteira, profissão: Autônoma, inscrito no CPF sob o nº 940.767.234-49, **domiciliado:** Sítio Lamarão, nº 634, zona rural, São Caetano, Estado de Pernambuco.

**OUTORGADO:** MICHEL BARBOSA FRANÇA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE, sob o número 44.177, residente e domiciliado na Rua Estanislau Cordeiro de Melo., nº60, Indianópolis, na cidade de Caruaru Estado de Pernambuco.

**PODERES:** pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Caruaru, PE, 11 de Dezembro de 2018.



SONIA JOSEFA DA SILVA

87 9 9627.4926 tim  
81 9 9144.1882 claro

✉ michelfranca.adv@gmail.com

Scanned by CamScanner





**MICHEL FRANÇA**

ADVOGADO - OAB/PE - 44.177

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu Eu SONIA JOSEFA DA SILVA, nacionalidade: Brasileira, estado civil: solteira, profissão: Autônoma, inscrito no CPF sob o nº 940.767.234-49, **domiciliado:** Sítio Lamarão, nº 634, zona rural, São Caetano, Estado de Pernambuco. DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Caruaru-PE, 11 de dezembro de 2018

Sônia Josefa da Silva

87 9 9627.4926 tim  
81 9 9144.1882 claro

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6415808

DATA DE EXPEDICAO 17-06-1999

NOME SONIA JOSEFA DA SILVA

PAIS BRASIL

CELESTINO PEDRO DA SILVA

JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO CAETANO -PE.

DATA DE NASCIMENTO 04-12-1973

DOC. ORIGEM C.N.2.725.Liv.02.A.Fls.149V.

CART. de São Caetano -PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R-52

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TAVARES BURIL

Doc. de Origem e Tabela

SONIA JOSEFA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Secretaria da Receita Federal do Brasil

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

CÓDIGO DE CONTROLE 909C.35AD.DF58.A0F1

Comprovante emitido pela

às 11:02:44 do dia 20/04/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 940.767.234-49

Nome SONIA JOSEFA DA SILVA

Nascimento 04/12/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



06/08/2018

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

Imprimir Segunda Via de Conta

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.935.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>
MILYANY JOSEFA DA SILVA LINS
CPF: 114.625.264-11 NIS: 22617636337
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>
SI LAMARAO 634
SITIO LAMARAO/SAO CAETANO RURAL
55130-000 SAO CAETANO PE

<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>
20/07/2018	13/07/2018	007017662869
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>
23,01	13/07/2018	2013626728
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS	024094988	0005989946
Monofásico		
<b>RESERVADO AO FISCO</b>		
E4FD.FB38.77A6.6D84.EB3F.FCBB.7443.56CA		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Scanned by CamScanner





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 ASL

CPF da Vítima

940.767.234-49

Nome completo da vítima

Sonia Josefa da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Sonia Josefa da Silva		940.767.234-49	recusou
Endereço		Número	Complemento
Sítio Ramador		634	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
zona rural	S. Caetano	PE	
Email			Telefone (DDD)
			81.9.9666.6746

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3211		27757	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Caetano, 08 de Agosto de 2013  
Local e Data

Sonia Josefa da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180001845**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2018** às **16:45**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, BR 232 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO OUVE ( AUTOR AGENTE )  
SONIA JOSEFA DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SONIA JOSEFA DA SILVA

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

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

**SONIA JOSEFA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO Pai: CELESTINO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 4/12/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO CAETANO, 1, SITIO LAMARAO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SONIA JOSEFA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE1892 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC08108R167321**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

02/08/2018 16:45



ALEGA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO NO SENTIDO CARUARU SAO CAETANO, QUANDO UM CACHORRO PASSOU PELA PISTA E FEZ A VITIMA ATROPELAR O ANIMAL E EM SEGUIDA A MESMA PERDEU O CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA, SENDO A MESMA SER SOCORRIDA, POR POPULARES QUE SEGUIAM EM UM VEICULO DE AUTO PASSEIO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO CAETANO E DEVIDO AS GRAVIDADES TRANSFERIDA PARA UPA ONDE TEVE ATENDIMENTO SOB NUMERO 10166899.

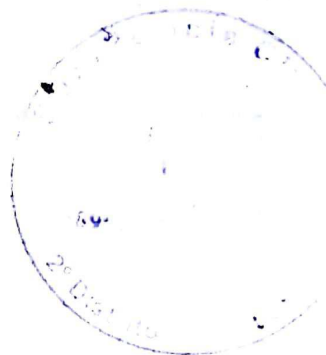
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Sônia Josefa da Silva*

**SONIA JOSEFA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-6**

*Francisco Miguel da Silva*





## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, a Sr.<sup>a</sup> **SÔNIA JOSEFA DA SILVA**, solteira, agricultora, portadora de RG nº 6415808 SSP/PE, filha de Celestino Pedro da Silva e Josefa Maria da Conceição, deu entrada nesta Unidade de Saúde no setor de urgência, vítima de acidente com moto, a mesma foi atendida e transferida para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Caruaru/PE, conforme decisão médica. Insta salientar que junto a esta declaração segue em anexo a cópia da Ficha de Atendimento da paciente.

Estando o documento original da mesma em nossos arquivos a disposição de qualquer esclarecimento que por ventura se faça necessário.

São Caitano, 27 de fevereiro de 2018.

  
Cleonilson Silva  
Agente Administrativo  
Agente administrativo







Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



## ANAMNESE

Paciente: **SONIA JOSEFA DA SILVA**

Data Nascimento: 04/12/1973

Sexo: Feminino

Idade: 44 Anos, 0 Mês e 28 Dias

Atendimento: 01066899

Prontuário: 00434321

Senha N.º: **0023**

Data e Hora: 01/01/2018 09:35h

### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** FILHA REFERE QUE PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO HOJE, APRESNETANDO DOR EM E CORTE QUE JA FOI SUTURADO NO MUNICIPIO DE ORIGEM EM MMII

**Alergia:**

**Observação:** DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: RH

### AFERIÇÃO:

**Peso:**

**Altura:**

**Temperatura:**

**P.A Sistólica:**

**P.A Diastólica:**

**Freq. Cardíaca:**

**Freq. Respiratória:** FR: 16 BPM

**HGT:**

### QPD / HDA:

DOR EM QUADRIL E PERNA DIR COM FERIMENTO JA SUTURADO

### Exame Físico:

DOR

### Exames complementares:

RX

### HD:

FRATURA DO ISQUIO DIR

### Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO + AO AMBULATÓRIO

### Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA**  
CRM - 19148

Av. José Marques Fontes, S/N

Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530

Scanned by CamScanner



## RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	01/01/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	01/01/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Sonia Jossely da Silva			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do Rádio Ulnar Pé direito			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Conservador com Repouso em gesso			
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Membro Inferior direito com fratura
2º - 50%.
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 11/09/18 A 11/09/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL	DATA
Corumbá	11/09/18
ASSINATURA E CARIMBO A. Marcos Bezerra Ortopedia e Traumatologia Rua do Ombu e Catolé CEP: 14304-380 - São João del-Rei	



**H**ospital Municipal  
Adolfo Pereira Carneiro  
São Caitano - PE



Registro: 182777 SUS: 898.0003.2718.7141 01/01/2018 - 06:43:42  
 Nome: SONIA JOSEFA DA SILVA  
 Sexo: Feminino Estado Civil: Solteiro(a) Idade: 44a Data de Nascimento: 04/12/1973  
 RG: 6415808 SSP - PE CPF: . . .  
 Filiação - Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO  
 Pai: CELESTINO PEERO DA SILVA  
 Profissão: AGRICULTORA  
 Endereço: SITIO LAMARAO PACS  
 Cidade: SAO CAETANO - PE Telefone: ( ) -  
 Trazido Por: FILHA- WILLEJANE  
 Recepcionista: POLIANA  
 Médico: FRANCISCO  
 Enfermeiro: FERNANDQ TE VIVIENA E GENECI

História do Doente Atual:

*Artrite crônica do joelho direito  
 há 1/2 ano*

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório:

*Artrite crônica do joelho direito  
 há 1/2 ano  
 com dor*

*Artrite*

*Artrite*

*Artrite crônica do joelho direito - UPS - Comatado*

*Assinatura Médica*  
 RM - 8319

Scanned by CamScanner





08/09/2018

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

Imprimir Segunda Via de Conta

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50059-902  
CNPJ 10.835.932/0001-68  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Aneel  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

WELLYANN JOSEFA DA SILVA LINS  
CPF: 114.835.344-11 - RG: 2361768337

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAMARUÁ 634

SÍTIO LAMARUÁ/SÃO CAETANO RURAL  
55130-000 SÃO CAETANO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossa unidade de atendimento e no  
site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

20/07/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

23,01

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/07/2018

## DATA DE APRESENTAÇÃO

13/07/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

024094988

## CONTA CONTINUADA

007017662869

## Nº DO CLIENTE

201363728

## Nº DA INSTALAÇÃO

000588948

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

E4FD.FB38.77A8.IID0K.EB3F.FCB8.7443.56CA

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Scanned by CamScanner

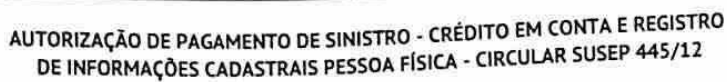


Assinado eletronicamente por: MICHEL BARBOSA FRANCA - 08/02/2019 15:21:36

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213665200000040395413

Número do documento: 19020815213665200000040395413

Num. 40993374 - Pág. 5

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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 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").

Nome completo do aluno: Som e Força da Polícia

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> <b>ATÉ R\$ 1.000,00</b> <input type="checkbox"/> <b>ACIMA DE R\$ 10.000,00</b>
<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>		

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> <b>BRADESCO (237)</b> <input type="checkbox"/> <b>BANCO DO BRASIL (001)</b> <input type="checkbox"/> <b>ITAÚ (341)</b> <input type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)
--	---

<b>AGÊNCIA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3211</span>	D/V	<b>CONTA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">27757</span>	D/V	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>BANCO</b>            Nome <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>NRO.</b>  <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>AGÊNCIA</b>            NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>CONTA</b>            NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> </td> </tr> </table>	<b>BANCO</b> Nome <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	<b>NRO.</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	<b>AGÊNCIA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	<b>CONTA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>
<b>BANCO</b> Nome <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	<b>NRO.</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>							
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>	<b>CONTA</b> NRO. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>							
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)				

S. Caetano, 03 de Agosto de 2018  
Local e Data

Sania Joseta da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Num. 40993374 - Pág. 6

### ANAMNESE

Paciente: **SONIA JOSEFA DA SILVA**

Data Nascimento: 04/12/1973

Idade: 44 Anos, 0 Mês e 28 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 01066899

Prontuário: 00434321

Senha N.º: **0023**

Data e Hora: 01/01/2018 09:35h

#### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** FILHA REFERE QUE PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO HOJE, APRESNETANDO DOR EM E CORTE QUE JA FOI SUTURADO NO MUNICIPIO DE ORIGEM EM MMII

**Alergia:**

**Observação:** DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC: RH

#### AFERIÇÃO:

**Peso:**

**Altura:**

**Temperatura:**

**P.A Sistólica:**

**P.A Diastólica:**

**Freq. Cardíaca:**

**Freq. Respiratória:** FR: 16 BPM

**HGT:**

#### QPD / HDA:

DOR EM QUADRIL E PERNA DIR COM FERIMENTO JA SUTURADO

#### Exame Físico:

DOR

#### Exames complementares:

RX

#### HD:

FRATURA DO ISQUIO DIR

#### Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO + AO AMBULATÓRIO

#### Evolução:

Ass. do Médico

**Dr(a): MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA**  
CRM - 19148