

Sociedade de Advogados
MF
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
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

Sonia Josefa da Silva

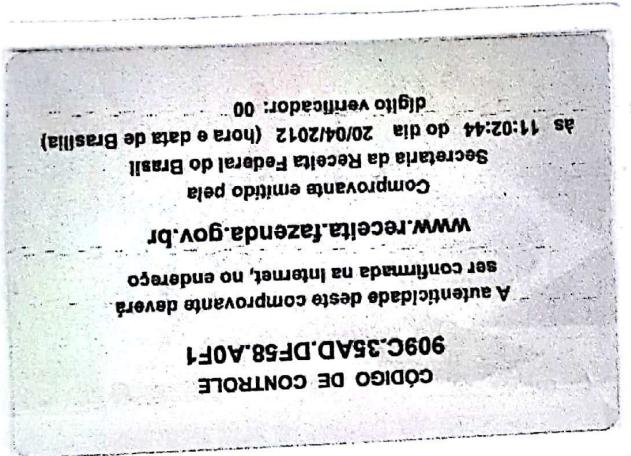
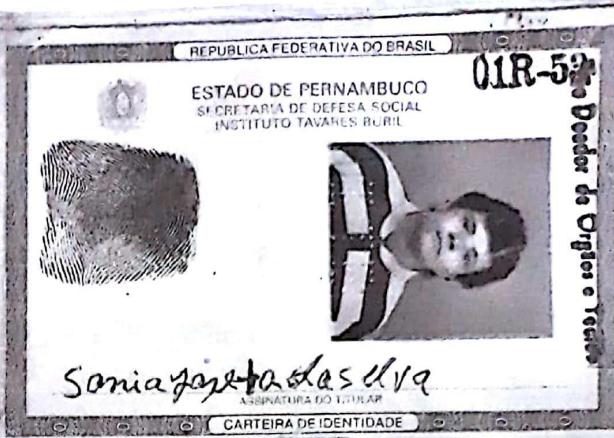
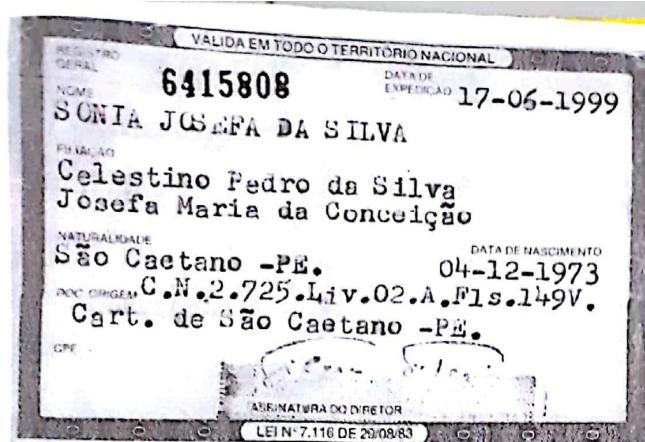
87 9 9627.4926 tim
81 9 9144.1882 claro

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MICHEL BARBOSA FRANCA - 08/02/2019 15:21:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213619900000040394874>
Número do documento: 19020815213619900000040394874

Num. 40992825 - Pág. 1



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MICHEL BARBOSA FRANCA - 08/02/2019 15:21:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213629800000040395023>
Número do documento: 19020815213629800000040395023

Num. 40992976 - Pág. 1

06/06/2018

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

[Imprimir Segunda Via de Conta](#)

NOTA FISCAL I FATURA I CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA

DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,

RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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

WILLYANY JOSEFA DA SILVA LINS

CPF: 114.625.264-11

NIS: 23617636337

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAMARAO 634

SITIO LAMARAO/SAO CAETANO RURAL

551-000 SAO CAETANO PE

As condições gerais do 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

DATA DE VENCIMENTO

20/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

23,01

CONTA CONTRATO

007017662869

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/07/2018

Nº DO CLIENTE

2013626728

NÚMERO DA NOTA FISCAL

02409498

Nº DA INSTALAÇÃO

0005988946

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

Monoáscico

RESERVADO AO FISCO

E4FD.FB38.77A6.6D84.EB3F.FCBB.7443.56CA

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

Scanned by CamScanner



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

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213639500000040395143>

Número do documento: 19020815213639500000040395143

Num. 40993102 - 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 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	Nome completo da vítima
	940.767.234.49	Sonia Josefa da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Sonia Josefa da Silva	CPF titular da conta	940.767.234.49	Profissão	recozor
Endereço	Sítio Ramarci	Número	634	Complemento	
Bairro	Zona Rural	Cidade	S. Caetano	Estado	PC
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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3211 D/V _____ CONTA NRO. 27757 D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(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 2018
Local e Data

Sonia Josefa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Scanned by CamScanner





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 N°. 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 11

1 de 2

Scanned by CamScanner



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.

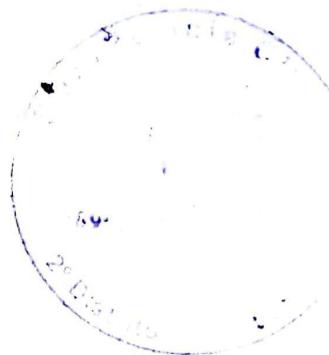
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Sonia Josefa da Silva

**SONIA JOSEFA DA SILVA
(VITIMA)**

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

Francisco Miguel da Silva



2 de 2

02/08/20

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MICHEL BARBOSA FRANCA - 08/02/2019 15:21:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213656500000040395363>
Número do documento: 19020815213656500000040395363

Num. 40993323 - Pág. 2



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, a Sr.^a. **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 Caetano, 27 de fevereiro de 2018.

Cleóstenes Silva
Agente Administrativo
Agente administrativo

HOSPITAL MUNICIPAL ADOLPHO PEREIRA CARNEIRO
Av. Pedro Almeida do Nascimento, s/nº - Centro - CEP: 55130-00 - São Caetano/PE - (81) 3736-3377

Scanned by CamScanner





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP
HOSPITAL

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. Cardiaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

DOR EM QUADRIL E Perna DIR COM FERIMENTO JA SUTURADO

Exame Físico:

GOR

65

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA DO ISQUIO DIR

Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO + AO AMBO *Início de tratamento* *Lacerda* CRM. 19148

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:	Sônia Jossé da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura do Ramo Igual Pósico Dirigido		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Intervento Conservador com Resposta sem lesão		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
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 lesão	
2º	— 50%	
3º		
4º		
5º		
AFIRMO QUE ASSISTI/E OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>11/09/18</u> A <u>Marcos Bezerra</u> <u>11/09/18</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. <u>Caxias, 11/09/18</u> LOCAL DATA		
		ASSINATURA E CARIMBO

Scanned by CamScanner



Hos pita. Municipal
Adolfo Pereira Carneiro
São Caetano - 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
Recepção: POLIANA
Médico: FRANCISCO
Enfermeiro: FERNANDO TE VIVIENA E GENECI

História do Doente Atual:

Indicado c/ foto c/ lesões Corporal

Lact 1/2h

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Tempo: _____

A - Tensão Ligeira Controlo Rápido

Diagnóstico Provisório: *Roxas Grandes lesões à Dorsite e em Mijão direito*

Fixadas mais de 24 horas

A - Estabilidade Aguda

Sintomas

Curativo

As ortopedistas - UPA - Coronav - 15

J. L. Laranha
Clínica Médica
PM - 8319



06/09/2018

Celpe - Companhia Energética de Pernambuco

[Imprimir Segunda Via de Conta](#)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELETRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50058-992
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Ajudamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Quíquida: 0800 282 5999
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
MILLYAMY JOSÉFA DA SILVA LINS
CPF: 111.825.384-11 MRE: 20617676037

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SITIO LAMARIA/SAO CAETANO RURAL
55130-000 SÃO CAETANO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
20/07/2018	13/07/2018	007017662869
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DE APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
23,01	13/07/2018	001368726
NÚMERO DA NOTA FISCAL 024094988		
Nº DA INSTALAÇÃO 0005943-93		
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	E4FD.FB38.77A8.81D04.EB3E.FCBB.7143.56CA	

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL



Assinado eletronicamente por: MICHEL BARBOSA FRANCA - 08/02/2019 15:21:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020815213665200000040395413>
Número do documento: 19020815213665200000040395413

Num. 40993374 - Pág. 5

Scanned by CamScanner



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 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	Gonçia Josefa da Silva	CPF titular da conta	940.767.234-49	Profissão	recusou
Endereço	Sítio Ramarci	Número	634	Complemento	
Bairro	Zona Rural	Cidade	G. Recanto	Estado	PG
Email				Telefone (DDD)	81.9.9666.6746

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.

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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3211 D/V 27757 D/V
(Informar dígito se existir) CONTA NRO. 6
(Informar dígito se existir)

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 Lider 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. Recanto, 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Sonia Josefa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Scanned by CamScanner



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

VIA-SAÚDE
IMIP
HOSPITALAR

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, APRESNETANOD 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. Cardiaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

QPD / HDA:

GOR DOR EM QUADRIL E Perna DIR COM FERIMENTO JA SUTURADO

Exame Físico:

GOR

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA DO ISQUIO DIR

Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO + AO AMBOÍNICO LACERDA CRM. 19148

Evolução:

Ass. do Médico

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

Scanned by CamScanner

