

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014203010655
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM RNTD EXERCÍCIO
1 1295136980 ***** 2018

NOME
LAMARTINE DOS SANTOS CORDEIRO

CARUARU-PE

CPF/CNPJ PLACA
114.582.499-22 QYM1849

PLACA ANTIGA CHASSI
*****/PE 9C2KC1690ER501743

ESPECIE/TIPO COMBUSTÍVEL
PAS - MOTOCICLETA ALCOOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN E3DI 2014 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
28/149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CARUARU DATA
19/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN-PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014203010655 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LAMARTINE DOS SANTOS CORDEIRO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 19/04/18

CARUARU-PE

RENAVAM MARCA/MODELO
1295136980 HONDA/CG150 FAN E3DI

ANO FAB. CIL. IND. CHASSI
2014 59 9C2KC1690ER501743

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) DE NATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM IPI DO SEGURO (R\$)

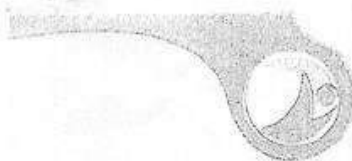
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DETRAN-PE E CHARLES A. RIBEIRO, DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO





Drª Amanda Araújo

Fisioterapeuta
CREFITO - 4442 LTF

Drª Aline Marques

Fisioterapeuta
CREFITO - 9103 LTF

Declaro para os devidos fins que
Thales Wesley de Lima Silva rea-
lizou Tratamento fisioterapêutico para
reabilitação de fratura de tíbia. O
tratamento realizado foi através de
exercícios com o objetivo de fortale-
cer e alongar a musculatura e tam-
bém ganhar amplitude de movimento.

Drª Karina Queiroz Barbosa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 4493 LTF

21.10.2018



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

Talis Wesley de Sousa Silva

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 07/04/2017, tendo sofrido acidente. De Moto

Brejo da Madre de Deus 15/06/18

Atenciosamente


Lucivalva Silva
Diretora Administrativa
CPF: 360.587.004-00

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA DE ENTRADA:		07/01/2017	
HORA DE ENTRADA:		13:47	
NOME DO PACIENTE:		TALIS WESLEI DE LIMA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO:		SUS/RG/CPF:	
IDADE:		SEXO:	
17 ANOS		M	
RESPONSÁVEL:		ESTADO CIVIL:	
MARINES MARIA-TIA		MENOR	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
VILA BALANÇA		BREJO DA MADRE DE DEUS	
MÉDICO:		ENFERMEIRO:	
DR. MARCOS + DR. NATECIA			
TÉC. DE ENFERMAGEM:			
JOSEILDO + LILI + FAL + ALINE + ANTONIA			
HDA:			
Queixa de dor. Com D. Intensa em m.i.d.			
EXAME FÍSICO:			
PRESSÃO ARTERIAL: HGT: TEMPERATURA: PESO:			
CONDIÇÃO:			
Rx de m.i.d.			
Volaren 1mg 2x Feito às 13:58			
Rug. Aguda de abdômen			
5078507			
Consulta Simples ()			
Consulta c/ Observação ()			
Transferência (X)			

Natércia T. de Q. Lucena
Médica
CRM: 22582/PE

Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BONFIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS SANTANA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 07/07/17 HORA: ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE: Talis Werley de Lima Silva

N.º DO FRONTUÁRIO: SEXO: IDADE: 17

DESTINO: HOSPITAL: Riquelme Araújo DATA: HORA:

DESTINO: FINAL: 5071507 DATA: HORA:

RESUMO DIAGNÓSTICO: Paciente sofreu queda de
mola. Com dor em mt. D. - Joelho

JUSTIFICATIVA: Necessária Avaliação da Ortopedia

Fratura Patelar D.
A - Ortopedia

DATA: HORA:

Natércia T. de Q. Lucas
Médica
CRM: 22862/PE

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO



Prontuário: 290401

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

DA: Virtude de aceder a morte
sem no fazer a morte

Escreva no folheto D
Lantânio de Arsen

PA: FC: FR:

Fratra di platô fibial 1)

Dieta: _____

Data

Intermittent

Horário

Order # 1524





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ida Wesley da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

1

Fem

3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ataque de ar de início do quadro, dor no
fundo D+, edema + hantagias de Arterias
seus brân nas orais

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Oncologia clínea

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

patologia patofisiológica

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() JCPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Walter de L. Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Dor + limitação físico -
com 200 lbo @**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto crônico.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Enteropatia funcional**S821****PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Hto crônico.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108050551

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Victor Hugo**26/11/17****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE - 40 - 004

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261710381869-2**Dr. Waldemir Soares da Silva****CRM 7169****CPF 196.365.034-04**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Thales Wesley L. Silva*

Nº do Registro:

Clínica: *ORTOP.*

Nº do Leito

Operador: *Dr. Ulton Hugo*1º Assistente: *Dr. Alberto*

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: *26/1/17*

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*Fr. estável e bil. (D)
Schizofrenia*

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

*Fixar porção de 1/3 prox. dos
condilos de titano + 3 anéis de*

Operação Realizada:

titano o mesmo.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① *Plt com dda sob anestesia +
antidopar + a dopar + reposição de
sangue*

② *Fixar porção de 1/3 (prox.)
+ 03 anéis, c/ parafuso a qual
sob c/ de intubação.*

③ *Sfais + c/ de titano + 1x plst de*

*Dr. Alfredo Loureiro
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 2589*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Thales Wesley Lima Silva

Prontuário: 290401

Data: 03/04/17 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fx. plto. total schatzker 4

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno p/ ambulatório Dr. Victor Hugo

Alta clatb + um 6 + orient. Gerais

encaminhado p/ fisioterapia

TRATAMENTO REALIZADO:

Revisão Periclitico cl 03 pontos curativos

cl curativos, sendo 01 a curv.

Dr. Victor Hugo

Alta Hospitalar: Data: 27/11/17 Hora: às 9:00 horas

270217

8h

Dr. Victor Hugo

Dr. Alfredo Lourenço
CRM - TRAUMATOLOGIA

dia = 03-04-17

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0197000436

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 26/06/2018 às 18:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2017 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,
1, SÍTIO XEU - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

T. Santos

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
LAMARTINE DOS SANTOS CORDEIRO (OUTRO)
THALES WESLEY DE LIMA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): THALES WESLEY DE LIMA SILVA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

THALES WESLEY DE LIMA SILVA (presente ao plantão) -
Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DE LIMA SILVA Pai: ALUIZIO
ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 16/9/1999 Naturalidade: BREJO
DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 10800682/SDS/PE (RG), 13601366495 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: MECANICO Telefones Celulares:
- 997049598
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 68,
SÍTIO BALANÇA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL



LAMARTINE DOS SANTOS CORDEIRO (não presente ao plantão) -
Sexo: Masculino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

Ismael

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAMARTINE DOS SANTOS CORDEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THALES WESLEY DE LIMA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN1849 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE AFIRMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO DE MOTOCICLETA EM UMA ESTRADA DE BARRO E QUE POR CONTA DA CHUVA O PISO ESTAVA COM MUITA LAMA E ESCORREGADIO. DIANTE DESTES FATOS, ELE INFORMA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO, DERRAPOU E CAIU NO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM HOMEM QUE ESTAVA PASSANDO DE CARRO PELO LOCAL DO ACIDENTE PARA O HOSPITAL DO BREJO DA MADRE DE DEUS CONFORME ATESTA O DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL APRESENTADO POR ELE NO MOMENTO DA CONFEÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Thales Wesley de Lima Silva

THALES WESLEY DE LIMA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **Bruno Bittencourt Santos** - Matrícula: **3879836**



290901

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

OIR-23

COLEÇÃO DE DEDOS

COLEÇÃO DE FOTOGRAFIA

Thales Wesley de Lima Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.800.682

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2018

NOME << THALES WESLEY DE LIMA SILVA >>

FILIAÇÃO << ALUIZIO ANTONIO DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ DE LIMA SILVA >>

NATURALIDADE SANTA CRUZ DO

DATA DE NASCIMENTO 16/09/1999

CAPIBATIBE - PE

DOC. ORIGEM << GN. 27.697 L.AA27 F.467 CART. >>

BREJO DA MADRE DE DEUS-PE 13.11.2000 >>

CPF 136.013.664-95

PARLOA TENCIO DE CARVALHO

ASSESSORADO DE DEFESA SOCIAL

LEI Nº 7.960/2008

418043383004082730.8025668

JANEIRO 2017



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Thales Wesley de Lima Silva, brasileiro, solteiro,
mecânico, Rg n.º 10.800.692 SPS-PE e CPF n.º 136.013.664-95,
domiciliado no Sítio Balança, 25, Bairro da Machê
de Deus - PE, Cep: 55.170-000.

OUTORGADO: Kelly Jullianny Santos Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE 30.588 e CPF nº 064.722.034-23, com escritório à Rua Marquês de Tamandaré, nº 123 - A, Centro, Caruaru/PE.

PODERES: Os das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA", podendo propor ações em favor do outorgante, acordar, discordar, transigir, e poderes especiais, para desistir, firmar compromisso, arrolar testemunhas, renunciar aos créditos que excederem ao teto permitido, levantar e receber alvarás em secretaria, representá-la junto ao INSS, bem como utilizar todos os meios legais para o cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecerem com ou sem reservas de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro, com fundamento na Lei Federal nº 7.115 de 29 de 1983 e para fins de prova perante este juízo, que sou pobre e não tenho condições financeiras para arcar com despesas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha responsabilidade. Necessitando pois, do amparo da Justiça gratuita de conformidade com a Lei de nº 1.060 de 05 de abril de 1950.

Caruaru, 15 de maio de 2019.

x Thales Wesley de Lima Silva

