

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Josenildo Sobral

brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 038.539.824-76,
residente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; declaro sob as penas
da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem
como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de
minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária
Gratuita nos termos da lei 1060/50.

_____ de _____ de _____

Josenildo Sobral

_____ - RG _____



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Josenildo Sobral
CPF/MF 030.539.824-76 RG 4.695.594
Residente na Cidade de Olinda, Estado Pernambuco.

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 ou sua complementação que entendo ter direito.

Outrossim, declaro pelo presente termo que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas e dos documentos entregues, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Cidade: _____, UF: _____.

_____ de _____, 2018.



Assinatura do Declarante.





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

TIPO DE
GERAL

NOME
ADOLFO SOBRAL

FILIAÇÃO
Adolfo Sobral Sobral

NATURALIDADE
Recife-PE

DOC ORIGEM
da Encruzilhada do Recife-PE

CPF

DATA DE INSCRIÇÃO
20.08.1976

ASSINATURA DO TITULAR
Adolfo Sobral

LEI Nº 7.118 DE 2008





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-09 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DINALVA DA SILVA SOBRAL

ROA ESTR DA MINA 212

F 539 147 244-04

BRULTRINS/OLINDA
OLINDA-PE
53920-140

RESIDENCIAL
SIDENCIAL
R019310

CORTA CONTRATO 0044178017
MÊS/ANO 01/2017
DATA DE VENCIMENTO 11/01/2017
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 02/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 80,79

DA NOTA FISCAL 0189953
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 04/01/2017
REPRESENTAÇÃO 01/2017
Nº DO CLIENTE 2001985197
Nº DA INSTALAÇÃO 2010036

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 115,0000000 | 0,62367081 | 71,72 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 7,60 |
| OMS Subvenção-CDE-NF 000109100-03/09/16 | | | 0,46 |
| OMS Subvenção-CDE-NF 000101403-04/10/16 | | | 0,46 |
| OMS Subvenção-CDE-NF 000118929-03/11/16 | | | 0,46 |

TOTAL DA FATURA

80,79

| Nº DO AEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | ALISTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------------|
| D91430 | CAT | 05/12/2016 | 61 659 04 | 09/01/2017 | 61 173 04 | 32 | 1,0000 | | 5,60 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| Mês/Ano kWh | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | Geração de Energia | R\$ | % |
|-------------|-----------------|-------|------------------|----------------------|-------|-------|
| JAN 17 115 | 71,72 | 25,00 | 17,93 | Transmissão | 0,96 | 1,39 |
| DEZ 16 119 | 71,72 | 0,70 | 0,54 | Distribuição (Celpe) | 15,66 | 21,86 |
| NOV 16 102 | 71,72 | 1,53 | 2,02 | Energia Setorial | 7,15 | 10,03 |
| OUT 16 96 | | | | Impostos | 20,99 | 29,27 |
| SET 16 91 | | | | Total | 71,72 | 100 |
| AGO 16 73 | | | | | | |
| JUL 16 102 | | | | | | |
| JUN 16 106 | | | | | | |
| MAY 16 125 | | | | | | |
| ABR 16 121 | | | | | | |
| MAR 16 112 | | | | | | |
| FEV 16 102 | | | | | | |
| JAN 16 123 | | | | | | |

0,44106000

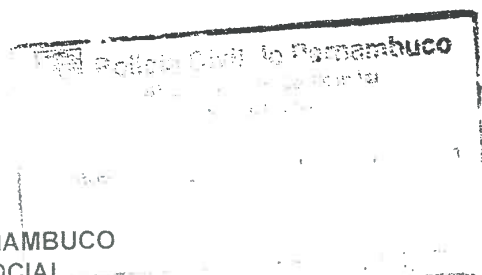
96AC 32E1 D99C D70U F1F3 3E48 AC48 8B7E

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Multa por falta de pagamento de energia elétrica é de 10% sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter o medidor em condições de funcionamento. O Celpe é responsável por manter o medidor em condições de funcionamento. O Celpe é responsável por manter o medidor em condições de funcionamento.

Não é possível cancelar a conta de energia elétrica em 2015 e 2016. O cliente deve manter a conta em dia. O cliente deve manter a conta em dia. O cliente deve manter a conta em dia.

| CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE | TENSÃO | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) |
|---------|-------|--------|--------|--------|-------------|------------------------|
| OLINDA | 2,90 | 4,96 | 9,91 | 19,82 | NOMINAL (V) | 207 |
| | 2,90 | 9,91 | 19,82 | 39,64 | | 291 |
| | 1,90 | 2,90 | 3,90 | 4,90 | | |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0114001555**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2017** às **19:12**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
20/1/2017 às **06:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 1, AVENIDA VASCO RODRIGUES, EM FRENTE A GARAGEM DA CAXANGA** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
ODETI DA SILVA JUNG DUTRA (OUTRO)
JOSENILDO SOBRAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**

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

JOSENILDO SOBRAL (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LINDALVA PRAZERES SOBRAL** Data de Nascimento: **29/8/1976** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4695594/SDS/PE (RG)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 986637428**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE BULTRINS (BAIRRO), 12, RUA ESTRADA DA MINA - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ODETI DA SILVA JUNG DUTRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 151, RUA BELO HORIZONTE - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ODETI DA SILVA JUNG DUTRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **IGC4741** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **578982773** Chassi: **34404412650106**

20/02/2017 19:35



Ano Fabricação/Modelo: **1984/1984**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ESTAVA ANDANDO NA SUA BICICLETA QUANDO UM CAMINHÃO DE PLACA E MODELO ACIMA CITADOS ATROPELOU A VITIMA VINDO A SER ARREMESSADA AO SOLO QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA A UPA DE OLINDA ONDE RECEBEU PRIMEIROS SOCORROS.

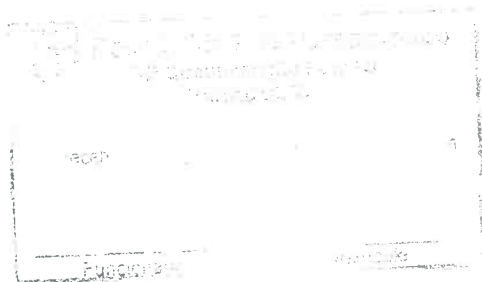
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



**JOSENILDO SOBRAL
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **RAPHAEL BORGES A. DE ANDRADE - Mat. 221725-2 - Matrícula: 221725-2**



20/07/2017 19:3



Atendimento: **1092069**

Senha da Classificação:

Data e Hora: **20/01/2017 08:52**

Paciente: **143727 JOSENILDO SOBRAL** Sexo: **MASCULINO**
Data do Nascimento: **29/08/1976** Idade: **40 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: **LINDALVA PRAZERES SOBRAL** Nome do Pai:
Estado Civil: **SOLTEIRO** Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA** CRM: **1234567**
Endereço: **JOSE LORENCO DE LIMA** -- **212** Bairro: **BULTRINS**
Cidade/UF: **OLINDA** PE Cep: **53240230** Usuário Atendimento: **ERIKATF**
RG (Identidade): **4695594** SSPPE Data de Emissão: **09/01/1996**
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: **8663-7623**
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Lesão no Ombro (D)
Há 48 horas, após queda
principalmente*

Exame Físico

*Stato Neuro - intacto
(7x)*

Hipótese Diagnóstico

fratura do úmero proximal

Conduta Terapêutica

(1)

Prescrição Médica

Prescrição Médica
Dr. Danton Martins Filho
CRM 9336

*Paracetamol - 500mg
3x ao dia
M-J*

03/01/2017

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

UPA OLINDA
Dr. Danton Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9336

Carimbo/Médico



1092069





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
OLINDA

GESTÃO

IMIP

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Pac. 143727 - JOSENILO JOBRAL

Registro do Paciente: MSe: LINDALVA PRAZERES JOBRAL

1092069 28/03/1978

Nome: _____

Foi atendido às _____ hs do dia 20/01/17

Diagnóstico Provável: _____

Tratamento Realizado: _____

Observações: _____

Cópia de: _____

Médico - CRM _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco



Atendimento: **1092069**

Senha da Classificação:

0061

Data e Hora: 20/01/2017 08:52

Paciente: **143727 JOSENILDO SOBRAL**

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 29/08/1976

Idade: 40 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LINDALVA PRAZERES SOBRAL

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: JOSE LORENCO DE LIMA

--

212

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53240230

Usuário Atendimento: ERIKATF

RG (Identidade): 4695594

SSPPE

Data de Emissão: 09/01/1996

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 8663-7628

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipotese Diagnostico

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio

() Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

UPA OLINDA
Dr. Danton Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9336



1092069



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josenildo Sobral

RG nº 4.695.594, data de expedição 09/01/1996, Órgão SSP-PE

CPF nº 038.539.824-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua estrada da mina</u> |
| Número | <u>212</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Buitrim</u> |
| Cidade | <u>Olinda</u> |
| Estado | <u>Pernambuco</u> |
| CEP | <u>53.320-140</u> |
| Telefone de Contato | <u>81-98679-1831 - 987757054</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 13 de março de 2017

Assinatura do Declarante: Josenildo Sobral



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSEVALDO SOBRAL, portador da carteira de identidade nº 4.695.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.539.824-76, residente e domiciliado na Rua entrada da mina, 212, bairro - 53.320-140, Cidade Olinda, Estado Pernambuco, dedaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

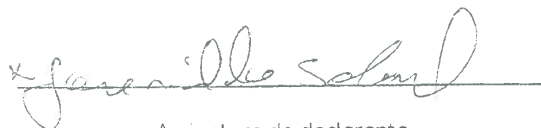
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Olinda, 13 de março de 2017

Local e data

