



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 6.459.343 DIV. DE 11/09/2015

ROSI
ROSIMERE BATISTA DA SILVA

ROSI
ROSIMERE BATISTA DA SILVA

ROSI
ROSIMERE BATISTA DA SILVA

NATURALIDADE: SÃO BENTO DO LIMA - PE DATA DE NASCIMENTO: 28/09/1974

COD. ORDEM: 005701 LOM-4 F. 113V CART. 10
DIST. SÃO BENTO DO LIMA - PE 27.10.1978

CNPJ: 039.930.134-21

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO

AV. SÃO DEBARTOLOMEU S/N - JATA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.888.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.410 de 06.04.02
CONVERSIÃO: 11% - PROTEÇÃO 11%
Atendimento ao cliente: 0800 030 0040
Ouvidoria: 0800 280 8888
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 707 0247
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 147
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifado
nas ligações 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	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904890	

PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,71

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

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.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838500000008 596300110070 025723877101 142850743056



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194002791**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 (VÍTIMA)

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) envolvido(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



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**

Digito 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 Resimere Batista
da Silva residente Rua 01 Nr 07
Frei Domingos esteve internado
neste Hospital no período 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
KCS

Responsável



44 anos

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

NOME

CRM

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
14/2/17		At. adega Amarelo e do do p. (E)	acidente mobi- lístico, lesão em MS(E) e MM II.
		José Nairício Leite Médico CREMEPE 9219	Alina Costa Torres Enfermeira CRN-PE 299 760
14/2/17	21:30	Paracetamol 100 mg 50, 2x 100 mg	22:00
		(2) Dexam + ASD, 10	22:00
		(3) Capripil 25, 2 qd	22:00
		(4) Paracetamol	
10-		Robo - 8 de ombro lateral	
		CONDIÇÕES DE ALTA	MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: 14/2/17	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		Hora: 21:40	<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"/> - 48 horas		<input type="checkbox"/> Indisciplina
Transferido para: Surado ombro (E)			
Diagnóstico Definitivo: Hospital de São José			
Observação: 572 7474			
14/2/17			





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

Registro Nº: _____
Data: 14.07.19_____
Hora: 20:25h

anania

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

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8408092926675389 DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 7

Nome: Reimere Batista da Silva Idade: 64a

Data de Nascimento: 28/09/76 Sexo: F Cor: Branca Estado Civil: Solteira

Naturalidade: S. B. U. Profissão: Agricultor

Endereço: R. Hon. Orlino da Silva

Procedência: 138 Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: A. M. M. M. M. Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

NATUREZA DO ACIDENTE

<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas
<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual: *Prisão de mopo c/ dor*
am no (E) e pl (E)
PE DOK

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 180 x 100. Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Diagnóstico Prov. úrio.

Diagnóstico Prov.rio. *HPV 16*
Saxaco em 10 e 7?



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/11/17		At. Urgência Amarelado e do do p. (E)	acidente mobi- liário, lesão em MSE e M.I.D. Almeida Costa Torres CRM-PR 499.760
14/11/17	21:30	Paracetamol 100/10 50, 2x, 100/10 ② Soro + ABX, 10 ③ Capripil 25, 2 qd ④ Paracetamol	22:00
14/11/17		10- Rota - 8 de ombro lateral	
		CONDIÇÕES DE ALTA	MOTIVO DE ALTA
		<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> + 48 horas <input type="checkbox"/> - 48 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta Pedida <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Indisciplina
		Transferido para: _____	
		Diagnóstico Definitivo: Surto de amebiose	
		Observação: Hospital de Referência Folha: 572 7474	
14/11/17			

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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 **Nº:** 7
Bairro: COHAB-LL **Cidade:** BELO JARDIM **Estado:** PE
CEP: 55152270 **Fone:** 989171570 **Profissão:** AGRICULTOR
Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- Trauma com o ombro
 680 anos antes

Exame Físico:

PA: **FC:** **FR:**

sem ombro (6)

Diag. Provisório:

Trauma
 fratura do osso maxilar
 Tipografia

Prescrição:

Dieta: **DATA:** 15/07/19

Data

Horário

1 D. F. OMBRO (5)
 Trauma do

Assinado eletronicamente por:
 sharon Stéphanie Lins Barros
 15/07/2019 11:20



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ Internamento

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13783 / FEOT 1115

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

15/07/2019 11:21:17

2 de 2

Usuario do Atendimento

SIMONESC



PROC JRAÇÃO

OUTORGANTE: Rosimere Batista da Silva
brasileiro(a), estado civil solteira regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 039.980.364-22 e portador da cédula de identidade
nº 6459343 residente e domiciliado(a) na
Rua Um
nº 07 bairro de Boleto Frei Damiano
CEP 55350-000 na PE cidade de
Boleto 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@g. mail.com, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, 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 Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do 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, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
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 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 29 de 01 de 2020

Rosimere Batista da Silva
Outorgante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS
IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES

CONTRATANTE: Roximere 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 6459 393, residente

domiciliado(a) Rua Um, nº 07, bairro de
Boleto Frei Damiano CEP 55150-000, na
cidade Boleto jardim, PE.

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

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, que se regerá
pelas cláusulas seguintes 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 incluídas 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 decurso do processo, o CONTRATADO
elaborará subestabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou
não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusiva, 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
fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibos, devidamente preparados e assinados pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que ficará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os
atos admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS

Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a fluir de prestação de serviço recairá 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 acima descritos.

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 havendo 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 RESCISÃO

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 iguais e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO

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

Recife - PE 29 de 01 de 2020

X Roximere Batista da Silva
Contratante

Contratado



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Rosimere Batista da Silva,
RG 6459343, CPF 03938016422,
Residente na rua um, Bairro Botto Frei Damião,
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 da Silva,

brasileiro(a), estado civil solteira,

profissão agricultora inscrita no CPF/MF sob o

nº 039 980 164 22 e portador da cédula de

identidade nº 6459 343, residente e

domiciliado(a) rua Um

nº 07, bairro Barro Preto

CEP 55450.000 na cidade de

Bejo jardim PE.

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 1.060/95.

Recife, 29 de 03, de 2020

NOME: X Rosimere Batista da Silva

