

E.. Bandeira
do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 071ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIBEIRÃO -
DP71ªCIRC DINTER1/M3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0161001109

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/09/2015 às
15:15

Completa o BO Número: 15E0161001109

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Guindaste (Consumado)
que aconteceu no dia 22/4/2015 às 18:15

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE RIBEIRAO, 1, BR-101, SAIDA DA
CIDADE SENTIDO RECIFE - Bairro: CENTRO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO
/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EURICO RODRIGUES MACIEL SOBRINHO (OUTRO)
JOSÉ EDSON MACIEL GAMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(e):
JOSÉ EDSON MACIEL GAMA

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

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ EDSON MACIEL GAMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: JOSE
ARNALDO DA SILVA GAMA Pai: ELISANGELA FORTUNATO MACIEL Data de Nascimento:
31/3/1998 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0292111/806/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES Telefones Celulares:
- 71086438

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIBEIRÃO, 6214, RUA JOÃO RODRIGUES DA SILVA,
Nº 6214, GAXANGÁ, RIBEIRÃO-PE - CEP: 55880-000 - Bairro: CENTRO -
RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

**EURICO RODRIGUES MACIEL SOBRINHO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): EURICO RODRIGUES MACIEL SOBRINHO, que estava em posse do(s) Sr(s): JOSÉ EDSON MACIEL GAMA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: 0YW8126 (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/ONV

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE EDSON INFORMOU QUE CONDUZIA A MOTO EM TELA, DESTAQUE-SE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, QUANDO FOI TRANSCENDO POR UM VEÍCULO, COR CINZA DE PLACA NÃO ANOTADA, E, AO REALIZAR A MANOBRA EVASIVA PARA NÃO COLIDIR COM O CITADO VEÍCULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU COM UM MURO CONTÍGUO À VIA. TENDO SIDO SOCORRIDO, APÓS ENTRADA NO HOSPITAL MENDIO SAMPAIO, LOCALIZADO NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DON HELDER, SOB O NÚMERO DE ATENDIMENTO 360201 NO DIA 22/04/2015, ÀS 20H00. GÓPIA DO REFERIDO CADASTRO ANEXADA A ESTE REGISTRO ATESTA QUE O SENHOR JOSE EDSON DEU ENTRADA NO REFERIDO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COMO VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOTIVO. QUE A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DO TIO DO DECLARANTE, O SR. EURICO MACIEL SOBRINHO. ESTE BO FOI COMPLEMENTADO PARA INFORMAR O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA.

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

✓ José Edson maciel gama
**JOSE EDSON MACIEL GAMA
(VITIMA)**

Walneide Valenca Cordeiro
B.O. registrado por: WALNEIDE VALENCA CORDEIRO - Matrícula: 360002-1



Processo**Código interno:**

730565

Megadata:

3160/005773

Situação:

Processo liberado o pagamento

Tipo de processo:

INVALIDEZ

Veículo envolvido:

Automóvel/Camioneta

Situação familiar:**Data do sinistro:**

22/04/2015

Nome da vítima:

JOSE EDSON MACIEL GAMA

CPF:

120.569.434-09

Data de nascimento:

31/03/1995

Endereço:

RUA JOAO RODRIGUES DA SILVA

Número:

6214

UF:

PE

Cidade:

RIBEIRÃO

Telefone:

(00)0000-0000

Celular:**Email:**

atendimento@salek.com.br

ATENÇÃO!

Para o acidente pesquisado, ocorrido em 22/04/2015, o prazo para pedir indenização do Seguro

DPVAT é de 3 anos, ou seja, até 22/04/2018.

Divisão de Indenização

- A indenização será paga à vítima

Beneficiários**Nome**

1/25/2019, 4:25 PM

Assinado eletronicamente por: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS - 25/01/2019 16:09:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012516093320100000039837157>
Número do documento: 19012516093320100000039837157

Num. 40424685 - Pág. 3

Nome

JOSE EDSON MACIEL GAMA

Históricos

Data	Situação	Observações
11/06/2015	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Líder (ASL)	
15/06/2015	Pré-Cadastro c/ Restrição	FAVOR ENVIAR: -BOLETIM DE OCORRÊNCIA; -COMPROVANTE BANCÁRIO; -FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO http://dpvatsegurodotransito.com.br/static /documents/formulario_autorizacao_pagamento.pdf ; -COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CASO ESTEJA EM NOME DE TERCEIROS É NECESSÁRIO A DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
26/06/2015	Documentação complementar recebida	
01/07/2015	Pré-Cadastro c/ Restrição	* Por favor enviar o RG da vítima e o Boletim de Ocorrência, pois os que foram recepcionados encontram-se ilegíveis. * Por favor enviar o Boletim do primeiro atendimento médico completo UPA do Cabo de Santo Agostinho como consta no Boletim de ocorrência. * Adendo ao Boletim de Ocorrência informando a data correta do acidente, pois no Boletim de Ocorrência consta a data 22/05/2015 e no Boletim de Atendimento Médico consta a data 22/04/2015. * Adendo ao Boletim de ocorrência informando o proprietário da motocicleta. * Por favor enviar a declaração assinada pelo proprietário da motocicleta original e com firma reconhecida por AUTENTICIDADE, informando que a vítima conduzia a motocicleta do declarante por ocasião do acidente, como no link: http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/static /documents/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf .



Data	Situação	Observações
13/10/2015	Pré-Cadastro c/ Restrição	FAVOR ENVIAR: Conforme estabelecido na Circular SUSEP 445/2012, é necessário apresentar os documentos referentes ao Intermediário do processo. Documentos necessários para o cadastro do Intermediário: - Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro (original) - Comprovante da Profissão e Renda (cópia simples); - Documentos Pessoais Renda (cópia simples); - Comprovante de Residência. Além das documentações do intermediário, será necessária a apresentação também de procuração (Pública ou Particular) para que o sinistro possa ser recebido. Caso contrário, o procedimento de cadastramento não será concluído. RECEPCIONADOS: - RG da vítima - Boletim de Ocorrência - Boletim do primeiro atendimento - Declaração do Proprietário
24/11/2015	Pré-Cadastro analizado e aprovado	
08/12/2015	Proc. enviado para análise da Seg. Líder	Enviado para o convênio, guia remessa 038799/2015
30/12/2015	Processo c/ pendência documental	
30/12/2015	Processo Pendente (restr. regularizadas)	
30/12/2015	Processo Reaberto - Aguardando Liquidação (Seg. Líder)	Retorno para o convênio, guia remessa 040633/2015
26/01/2016	Processo liberado o pagamento	Data crédito: 27/01/2016 - R\$ 1.687,50 >> JOSE EDSON MACIEL GAMA Crédito - Banco: 237 Ag: 06042-9 CP: 000000401431-6





PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
SECRETARIA DE SAÚDE-HOSPITAL MENDO SAMPAIO
END: BR 101 SUL KM 34 CHARNECA - CABO
FONES 3524-9182 / 3524-9238
CNPJ - 11168783/0001-33

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. José Edson Maciel Gama foi atendido nesta unidade hospitalar no dia 22/04/2015 às 20h09min. Sendo transferido ao Hospital Dom Helder com a senha: 4674064. Conforme cópia de atendimento em anexo.

Cabo de Santo Agostinho, 29 de Maio de 2015.

Atenciosamente,

Givaldo José de Santana
Diretor Geral
Hospital Mendo Sampaio
Mat. 40781

Givaldo José de Santana
Diretor Geral



Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho
HOSPITAL DO CABO MENDO SAMPAIO
BR 101 - PIAUÍ - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

20/04/15

P/ Jose Edson Manel Gama

Paciente vítima de acidente de moto com fratura em 1º QDE
e em pé esquerdo há 02 horas.
Alargou a diplopia. Acessar-se
de tontura
encaminho para ortopedia.

H.D.H

Senh.: 4674064

Dra. Paula Cabral
Medica
CRM: 17-562

22/04/15



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

IMIP HOSPITALAR (SUS)

Data e hora retirada da senha: 22/04/2015 20:47

Nome Paciente:	JOSE EDSON MACIEL GAMA
Cód. Paciente:	71080
Data de Nascimento:	31/03/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	20
Senha:	0045
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	255291
SAME:	

Período: 22/04/2015 20:47 - 22/04/2015 21:10

JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

VERDE - NÃO URGENTE

Cor:

[REDACTED] VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLETA HÁ 3 HORAS EVOLUINDO COM DOR + EDEMA NO PÉ E + ESCORIAÇÕES + DOR 1º QDE. NEGA VOMITO E DESMAIO. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCORADO.

REFERE ALERGIA A DIPIRONA

NEGA HAS E DM

Observação:

PACIENTE PROCEDENTE DE RIBEIRÃO COM SENHA PARA ORTOPEDIA 4674064

Fluxograma sintoma:

TRAUMA LEVE

Discriminador(es):

- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFORANTE, SEM DOR NO MOMENTO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/04/2015 21:10



Atendimento: 255291

Senha da Classificação:

0045

Data e Hora: 22/04/2015 20:53

Paciente: 71080 JOSE EDSON MACIEL GAMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 31/03/1995 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: JOSE ARNALDO DA SILVA GAMA Nome do Pai: JOSE ARNALDO DA SILVA GAMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1

CRM: 1

Endereço: RUA JOAO RODRIGUES DA SI -- CAIXA D AGUA 6214

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO PE

Usuário Atendimento: RENATAMCSO

RG (Identidade): 9292111

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:39152095

Cartão SUS: 898002341668528

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Agente endociliar traum
 dor dor dor dor dor

DOM Hospital Dom Helder Camara
 Cláudia Douglas
 Faturamento 1/AME
 Data: 29 ABR 2015

Exame Físico

Diagnóstico

Quintino do 1 MTC seg
 Quintino MTC seg

Conduta Terapêutica

Rx do pé seg Spratlig
 Rx da mão seg DPTetrol 200g

Prescrição Médica

Homocobal 100 - j dgo + 250 - e ferig.
 Poco afermel 1cp VO aqj 15 jz

BAU MARTINS
 ORTOPEDISTA
 CRMESP 21129

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
 LEITO DO PACIENTE:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 21556
Paciente : 71080
Convênio Atend : 1
Leito : 644
Dt. Início : 24/04/2015 10:00
Cid Pré-Operatório : S622
Cid Pós-Operatório : S622

Sala : 0005 SALA 05
JOSE EDSON MACIEL GAMA
SUS - INTERNACAO
LEITO 14-9G
Dt. Fim : 24/04/2015 10:18
FRAT DO PRIMEIRO METACARPIANO
FRAT DO PRIMEIRO METACARPIANO

Atendimento: 255305
Carteira :
Idade: 20 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408020210 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

NESTESISTA 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA
CIRURGIAO 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

Homero Rodrigues Silva Neto
Ana Paula Franca
Faturamento / SAME

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA, ANTI-SEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MSE
3. REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS K CRUZADOS, PERCUTÂNEO
4. LAVAGEM COM SF 0,9% +CURATIVO
5. TALA LUVA PARA ESCAFOIDE MSD

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Feliciano Registro: _____ Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Acidente de moto

Instabilidade MTC - fratura. Bony

História da Doença Atual:

Interrogatório Sintomatológico:



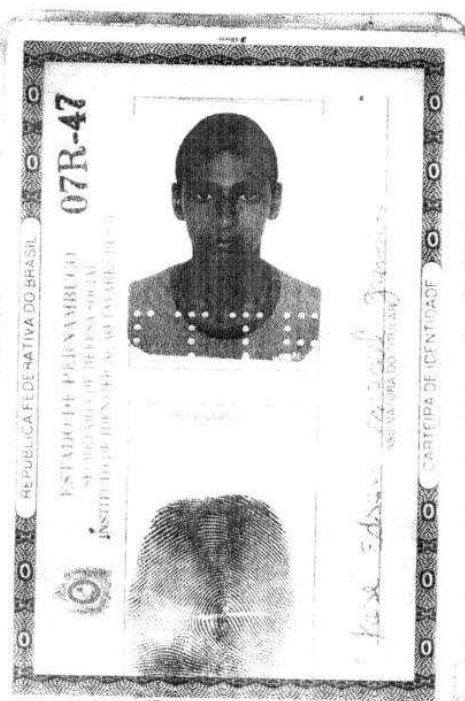
FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE**Atendimento do Paciente:** 255305**Data e Hora do Atendimento:** 23/04/2015 01:32**Usuário do Atendimento:** AMANDAMMS**Convênio:** SUS - INTERNACAO**Nome do Paciente:** JOSE EDSON MACIEL GAMA**Prontuário:** 71080**Nome da Mãe:** JOSE ARNALDO DA SILVA GAMA**Nome do Pai:** JOSE ARNALDO DA SILVA GAMA**Data do Nascimento:** 31/03/1995**Idade:** 20 anos**Sexo:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTEIRO**RG:** 9292111**SDS PE****Data Emissão:****CPF:****Certidão de Nascimento:****Data Emissão:****Naturalidade:****Escolaridade:** MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO**Carteira Nacional SUS:** 898002341668528**Ocupação Habitual:** MOTORISTA**Endereço:** RUA JOAO RODRIGUES DA SILVA**6214 CENTRO****Fone:** 39152095**Cidade:** RIBEIRAO**PE****CEP:** 55520000**DADOS DO ATENDIMENTO****HDH - Hospital Dom Helder Camara****Origem:** HOSPITAL MENDO SAMPAIO**Médico:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA**CRM:** 17726**Ana Paula França**
Faturamento / SAME**Em:** 07 MAIO 2015**Especialidade:** ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Leito:** LEITO 14-9G**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 23/04/2015

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA**Condições de Alta:***melhorado***Diagnóstico:***Fratura do rádio distal***Procedimento:***curativo***Alta em:** 25/04/2015 **Hora:** 0h**Médico e C.R.M:***Jerson Ayr Dias***Responsável pela retirada do paciente - Nome:***Wanda***Assinatura e R.G:***CBP
CCV*



Assinado eletronicamente por: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS - 25/01/2019 16:09:33
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901251609336500000039837344>
Número do documento: 1901251609336500000039837344

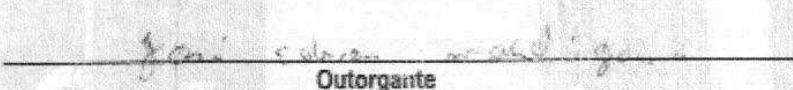
Num. 40424874 - Pág. 1

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Outorgante: JOSE EDSON MACIEL GAMA	Estado Civil: CASADO
RG: 9.292.111 SDS/PE	CPF: 120.569.434-09
Data de nascimento: 31/03/1995	
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	
Endereço – RUA JOÃO RODRIGUES DA SILVA, 6214	
Bairro: VL JOSE MARIANO	
Cidade: RIBEIRÃO	CEP: 55.520-000
Telefone: (81) 9.8244-6802	
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com	

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. LORENA SAMPAIO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato. Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 23 DE JANEIRO DE 2019.


Outorgante





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Outorgante: JOSE EDSON MACIEL GAMA	Estado Civil: CASADO
RG: 9.292.111 SDS/PE	CPF: 120.569.434-09
Data de nascimento: 31/03/1995	
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	
Endereço - RUA JOÃO RODRIGUES DA SILVA, 6214	
Bairro: VL JOSE MARIANO	
Cidade: RIBEIRÃO	CEP: 55.520-000
Telefone: (81) 9.8244-6802	
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E

RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

- Sou o(a) declarante acima mencionado (a) no endereço acima e sou eu o(a) que assinei este documento.
- Fui informado(a) sobre a existência do seguro DPVAT e que é meu direito optar por ou não aderir ao mesmo.
- Fui informado(a) sobre a possibilidade de cancelar a adesão ao seguro DPVAT.
- Sou o(a) declarante acima mencionado (a) que assinei este documento.
- Consegui ler e entender o documento.
- Fiz a leitura do documento.

RECIFE, 23 DE JANEIRO DE 2019.

Jose Edson Maciel Gama
Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Outorgante: JOSE EDSON MACIEL GAMA	Estado Civil: CASADO	
RG: 9.292.111 SDS/PE	CPF: 120.569.434-09	Data de nascimento: 31/03/1995
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO		
Endereço - RUA JOÃO RODRIGUES DA SILVA, 6214		
Bairro: VL JOSE MARIANO		
Cidade: RIBEIRÃO	CEP: 55.520-000	
Telefone: (81) 9.8244-6802		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1º da Lei n. 7.115/83, declara neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, ser pobre na acepção jurídica do termo, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

RECIFE, 23 DE JANEIRO DE 2019.

Jose Edson Maciel Gama
Outorgante

DE DECLARAÇÃO:

Devo declarar que sou pobre na acepção jurídica do termo, de modo que não tenho condições de contratar advogado para me representar na defesa de meus direitos, nem tenho condições de pagar as custas processuais, que são de responsabilidade da Fazenda Pública.

Assinado:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

