

Bandeira  
do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 071ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIBEIRÃO -  
DP71ªCIRC DINTER1H3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0161001109

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

Complemento o BO Número: 15E0161001109

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumados)**  
que aconteceu no dia 22/4/2016 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 VAGENTE )  
EURICO RODRIGUES MACIEL SOBRINHO (OUTRO )  
JOSÉ EDSON MACIEL GAMA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
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 Mãe: JOSÉ  
ARNALDO DA SILVA GAMA Pai: ELISÂNGELA FORTUNATO MACIEL Data de Nascimento:  
31/3/1995 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0202111/006/PE (RG)  
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS  
PROFISSÕES Telefones Celulares:  
- 71000430**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIBEIRAO, 0214, RUA JOÃO RODRIGUES DA SILVA,  
Nº 0214, CAXANGÁ, RIBEIRÃO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
RIBEIRAO/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 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EURICO RODRIGUES MACIEL SOBRINHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDSON MACIEL GAMA**  
**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CC 150 Objeto apreendido: Não**  
**Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: 0YW0128 (PERNAMBUCO/OLINDA)**  
**Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/ENV**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ EDSON INFORMOU QUE CONDUZIA A MOTO EM TELA, DESTAQUE-SE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO, DO LADO DA PLACA NÃO ANOTADA, E, AO REALIZAR A MANOBRA EVASIVA PARA NÃO COLIDIR COM O CITADO VEICULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU COM UM MURO CONTÍGUO À VIA, TENDO SIDO SOCORRIDO, APÓS ENTRADA NO HOSPITAL MENDIO SANPAIO, LOCALIZADO NA CIDADE DO CARIÓ DE SANTO AGOSTINHO, LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SON HELDER, SOB O NÚMERO DE ATENDIMENTO 200201 NO DIA 22/04/2015, ÀS 20H53. CÓPIA DO REFERIDO CADASTRO ANEXADA A ESTE REGISTRO ATESTA QUE O SENHOR JOSÉ EDSON DEU ENTRADA NO REFERIDO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE COMO VÍTIMA 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*  
**JOSÉ EDSON MACIEL GAMA**  
**(VÍTIMA)**

*Walneide Valença Cordeiro*  
**B.O. registrado por: WALNEIDE VALENÇA CORDEIRO - Matrícula: 388802-1**



## 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**

**Nome**

JOSE EDSON MACIEL GAMA

**Históricos**

<b>Data</b>	<b>Situação</b>	<b>Observações</b>
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 <a href="http://dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/formulario_autorizacao_pagamento.pdf">http://dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/formulario_autorizacao_pagamento.pdf</a> ; -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: <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf">http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf</a> .



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 analisado 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*  
**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 - Km 11 - Chã Preta - Cabo - PE

20 mm

P/ Jose Edson Manuel Gama

Paciente vítima de acidente de  
moto com fratura em 1º QDE  
e em pé esquerdo há 02 horas.  
Alguns a dipnoria. Queixa-se  
de tontura  
Encaminhado para ortopedia.

H.D.H.

Senha: 4674064

Dra. Paula Cabral  
Médica  
CRM 17.792

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: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA 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 PERFURANTE, 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 Fisica):

Fone: 39152095

Cartão SUS: 898002341668528

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Acidente motociclista trauma em  
tórax e membros inferiores.

Exame Fisico

HCM Hospital Dom Helder Câmara  
Clayton Douglas  
Falecimento SAME  
Data: 29 APR 2015

Exame Diagnóstico

Fratura do 1 MTC seg  
Fratura MTT seg.

Conduta Terapeutica

Rx de pé seg Splint g.  
Rx de mão seg Splint g. - enfiado  
pós

Prescrição Médica

Tramadol 100 - 1 cp + 250 - 1 seg.  
Paracetamol 1 cp VO aq 15 seg

SAUL MARTINS  
ORTOPEDISTA  
CRM 21.129

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 21556 Sala : 0005 SALA 05  
Paciente : 71080 JOSE EDSON MACIEL GAMA Atendimento: 255305  
Convênio Atend : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 644 LEITO 14-9G Idade: 20 Anos  
Dt. Início : 24/04/2015 10:00 Dt. Fim : 24/04/2015 10:18  
Cid Pré-Operatório : S622 FRAT DO PRIMEIRO METACARPIANO  
Cid Pós-Operatório : S622 FRAT DO PRIMEIRO METACARPIANO

### Procedimentos

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

### Equipe Médica

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

### 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

Hospital Dom Helder Camara  
Ana Paula França  
Faturamento / SAME

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

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



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Jose Fudson Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal e Duração:

Acidente de moto

Instabilidade MTC - Trapezi. 8 sy

### História da Doença Atual:

### Interrogatório Sintomatológica:



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

Cidade: RIBEIRAO

PE

CEP: 55520000

Fone: 39152095

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: HOSPITAL MENDO SAMPAIO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA AMARELA - TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 14-9G

HDH - Hospital Dom Helder Camara  
Ana Paula França  
Faturamento / SAME  
Em: 07 MAIO 2015

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, 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:

Diagnóstico: *fratura do rádio distal*

Procedimento: *amputação*

Alta em: 25/04/15 Hora: 09h

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: *Edson Ay Dias*

Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

*CCU*





CODIGO DE CONTROLE  
CEA6 54874E42 DA01

www.receita.fazenda.gov.br

11-18-09

06/03/2013



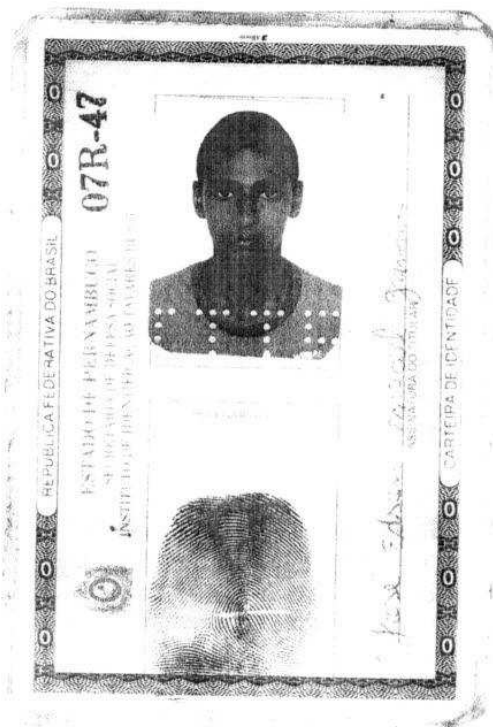
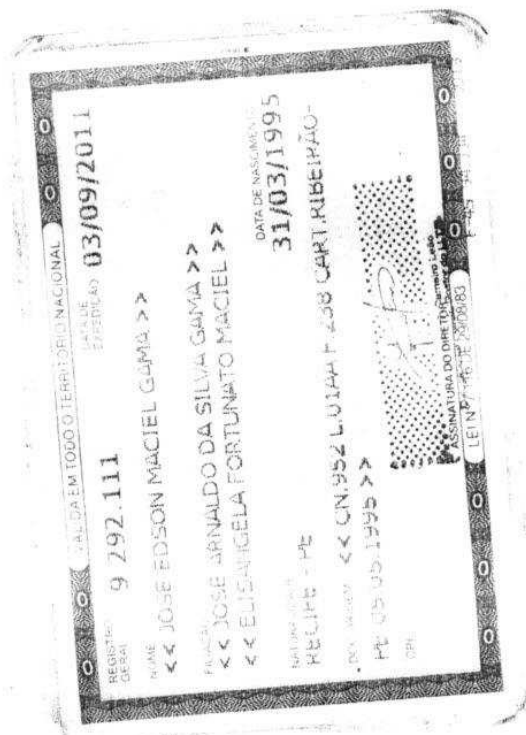
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
120.559.434-09

Nome  
JOSE EDSON MACIEL GAMA

Nascimento  
31/03/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



## 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





VIENÇO

## 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

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 1 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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

