

-  
-  
-  
-  
-  
-

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ACOSTADOS À INICIAL:**

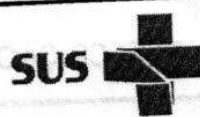
1. Cópia da CNH do autor da ação;
2. Procuração;
3. Comprovante de residência;
4. Declaração de pobreza;
5. Registro de Vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre – HPVP;
6. Ficha de Pronto Atendimento – HPVP;
7. Laudo Médico – SUS;
8. Boletim de Ocorrência;
9. DPVAT – Online.



SECTOR DE ARQUIVO  
ME DO H.M.D.P.V.P.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 312508  
PACIENTE: VALBER MIGUEL DE SOUSA FRANCA  
GENITORA: NILZA NOENIA DE SOUZA  
DATA DE NASCIMENTO: 27/06/1977 IDADE: 41  
ENDEREÇO: TRAV MANUEL RIBEIRO DE CARVALHO  
BAIRRO: S LUZIA CIDADE: GRAVATÁ  
PONTO DE REFERENCIA: CASA

DATA: 24/08/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 20:14

CNS:

TELEFONE: (81) 9229-2493

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 93

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE:

HDA

paciente vítima de lesão com hemorragia  
causada por um objeto de madeira e  
trauma direto.

## EXAME FÍSICO

## EXAMES SOLICITADOS

RAK DO M.I.D. (PÊNIS E PÉ)

HD

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 749 - Lj. 5  
Recife - PE

CID

## MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Nelson Manoel P. da Cunha  
Médico  
CRM 24454/E

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

|       |  |      |  |      |  |
|-------|--|------|--|------|--|
| TEMP. |  | HGT  |  | P.A. |  |
| F.C.  |  | F.R. |  |      |  |

107/70/114 70/114

Dr. Nelson Manoel P. da Cunha  
Médico  
CRM 244817 E

AS 20:25h  
Debra  
418895

0 10 EN 12 5070 PE (3)

0 AO 01/03/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPIAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Dr. Lazaro Luis Souza  
Médico  
CRM-PE 25266

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde  
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

## REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

| DADOS DA NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Município de Notificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Gravatá - PE                                                                                                                                                                                                                                       |
| Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V                                                                                                                                                                                                           |
| CNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2435802                                                                                                                                                                                                                                            |
| Vítima Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Data do atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 24/08/2013 às 20:00-01-01 20:14:00 -0200                                                                                                                                                                                                           |
| Número de Registro/Prontuário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 000029170                                                                                                                                                                                                                                          |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VALBER MIGUEL DE SOUSA FRANCA                                                                                                                                                                                                                      |
| Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                            |
| Data de nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 27/06/1977 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                     |
| Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 41 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                             |
| Ocupação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                |
| Município de residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Gravatá - PE                                                                                                                                                                                                                                       |
| Código IBGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 260640                                                                                                                                                                                                                                             |
| Raça/cor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 indígena <input checked="" type="checkbox"/> 9 Ignorada                          |
| DADOS DO ACIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Município onde ocorreu o acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Endereço do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Data do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hora do acidente                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dia da semana do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tipo de Vítima                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG<br><input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA<br><input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX<br><input type="checkbox"/> 7 SAB                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre<br><input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente<br><input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado |
| Meio de locomoção da vítima no momento do acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Acidente relacionado ao trabalho?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tipo de acidente                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abalroamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado<br><input type="checkbox"/> 2 Atropelamento<br><input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento<br><input type="checkbox"/> 8 Outro                           |
| Outra parte envolvida no acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal<br><input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica<br><input type="checkbox"/> 8 Outro |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fatores relacionados ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Excesso de velocidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Uso de sinto de segurança pela vítima                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                  |
| Uso de celular pelo condutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Uso de bebida alcoólica pelo condutor                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                            |
| Avanço de sinal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Uso de capacete pela vítima                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                  |
| Sono do condutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Condutor tem habilitação                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 1 Sim<br><input type="checkbox"/> 2 Não<br><input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica                                                                                                  |
| Outro fator relacionado ao acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro<br><input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Transferência da Vítima                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente<br><input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado                                                                                                                                     |
| Responsável pelo preenchimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Função                                                                                                                                                                                                                                             |
| Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5  
Recife - PE





Prefeitura de  
**Gravatá**  
GOVERNO MUNICIPAL

**Secretaria de Saúde**

Va/sem Miguel de Sousa Franco

sendo recibos

Paciente portador de lesão  
no Duro e id. 592.4 por  
acidente de trânsito.

Realizado tratamentos cirúrgicos  
91ta recibos

18/09/18

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltir - 33 - Prado - Gravatá - PE

Fone: 3563-902

mail: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

Dr. Alexandre  
Gravatá - Gravatá  
Cidade - PE - 55011-222





513258

0106900/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152001150**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/03/2019** às **11:53**

Complementa o BO Número: **19E0152001146**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **24/8/2018** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A PRAÇA DEZ** - Bairro:  
**CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
CLAUDIANE GOMES DA SILVA (OUTRO)  
VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA**

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

**VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NILZA NOEMIA DE SOUZA** Pai: **SEVERINO MIGUEL DE SOUZA** Data de Nascimento: **27/6/1977** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, TRAVESSA MANUEL RIBEIRO DE CARVALHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**CLAUDIANE GOMES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

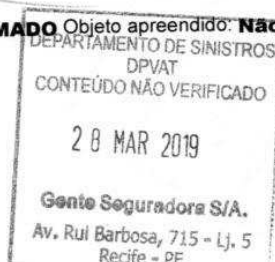
**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTOCICLETA 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ5108 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



20/03/2019 11:4

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIANE GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**

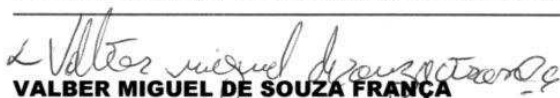
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ5108** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

#### Complemento / Observação

**O SENHOR VALBER AFIRMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PEJ 5108, PRÓXIMO A PRAÇA DEZ, QUANDO UM CARRO A SUA FRENTE FREIOU BRUSCAMENTE E A VITIMA CONSEGUIU FREAR A TEMPO, PORÉM O ACUSADO DE IDENTIDADE DESCONHECIDA QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA DE PLACA TAMBÉM DESCONHECIDA, QUE VINHA ATRÁS DA MOTOCICLETA DE VALBER NÃO CONSEGUIU FREAR VINDO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA QUE A VITIMA PILOTAVA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.**

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

  
**VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **MILKAÍNE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**



20/03/2019 11:47

**SINISTRO 3190240178 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANCA**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANCA**

**CPF/CNPJ: 04098387484**

**Posição em 09-09-2019 11:37:41**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

VÍTIMA

COBERTURA

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

CPF/CNPJ

04098387484

Posição em

09-09-2019

11:37:41

O pedido de indenização

do Seguro DPVAT

foi negado,

conforme carta

enviada para o

beneficiário.

VÍTIMA

COBERTURA

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

CPF/CNPJ

04098387484

Posição em

09-09-2019

11:37:41

O pedido de indenização

do Seguro DPVAT

foi negado,

conforme carta

enviada para o

beneficiário.

VÍTIMA

COBERTURA

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

CPF/CNPJ

04098387484

Posição em

09-09-2019

11:37:41

| Histórico das correspondências enviadas |                                    |           |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Data da Carta                           | Referência                         | Ver Carta |
| 05/04/2019                              | PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO      |           |
| 30/03/2019                              | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |           |

VÍTIMA

COBERTURA

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

CPF/CNPJ

04098387484

Posição em

09-09-2019

11:37:41

O pedido de indenização

do Seguro DPVAT

foi negado,

conforme carta

enviada para o

beneficiário.

VÍTIMA

COBERTURA

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

CPF/CNPJ

04098387484

Posição em

09-09-2019

11:37:41

O pedido de indenização

do Seguro DPVAT

foi negado,

conforme carta

enviada para o

beneficiário.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA  
ARTIGOS 130, 131 E 132 DA CONSTITUIÇÃO

**VALER MIGUEL DE SOUZA FRANCA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**5636159 SDS PE**

CPF **040.983.874-04** DATA NASCIMENTO **27/06/1977**

FILIAÇÃO  
**SEVERINO MIGUEL DE SOUZA**  
**ZA**  
**HELEA NOEMIA DE SOUZA**

PERMISSÃO **00000000000000000000** ACC **00000000** CAT. HAB. **AB**

Nº REGISTRO **04350017903** VALIDADE **13/07/2023** 1ª HABILITAÇÃO **28/04/2008**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **GRAVATA, PE** DATA EMISSÃO **16/07/2018**

ASSINATURA DO DIRETOR

**Charles Anderson Souza Ribeiro**  
Diretor Presidente

59468314206  
PE086767615

**PERNAMBUCO**

**DENATRAN CONTRAM**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1679437770

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1679437770

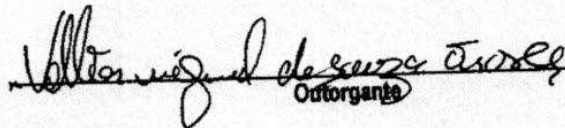


## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                                           |                     |                                |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Outorgante: VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA |                     | Estado Civil: CASADO           |
| RG: 5.630.159 SDS/PE                      | CPF: 040.983.874-84 | Data de nascimento: 27/06/1977 |
| Profissão: ARTESÃO                        |                     |                                |
| Endereço – RUA LUIZ GONZAGA, 33           |                     |                                |
| Bairro: SÃO JOSÉ                          |                     |                                |
| Cidade: GRAVATÁ                           | CEP: 55.640-000     |                                |
| 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, 03 DE SETEMBRO DE 2019.

  
Outorgante



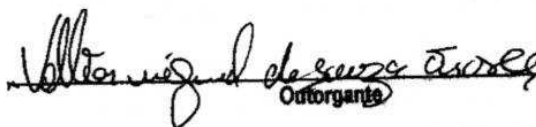
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                           |                     |                                |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Outorgante: VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA |                     | Estado Civil: CASADO           |
| RG: 5.630.159 SDS/PE                      | CPF: 040.983.874-84 | Data de nascimento: 27/06/1977 |
| Profissão: ARTESÃO                        |                     |                                |
| Endereço – RUA LUIZ GONZAGA, 33           |                     |                                |
| Bairro: SÃO JOSÉ                          |                     |                                |
| Cidade: GRAVATÁ                           | CEP: 55.640-000     |                                |
| 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, 03 DE SETEMBRO DE 2019.

  
Outorgante



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

|                                           |                     |                                |
|-------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Outorgante: VALBER MIGUEL DE SOUZA FRANÇA |                     | Estado Civil: CASADO           |
| RG: 5.630.159 SDS/PE                      | CPF: 040.983.874-84 | Data de nascimento: 27/06/1977 |
| Profissão: ARTESÃO                        |                     |                                |
| Endereço – RUA LUIZ GONZAGA, 33           |                     |                                |
| Bairro: SÃO JOSÉ                          |                     |                                |
| Cidade: GRAVATÁ                           | CEP: 55.640-000     |                                |
| 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, 03 DE SETEMBRO DE 2019.

  
Outorgante

