

## SINISTRO 3190184499 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO**  
**CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME**  
**BENEFICIÁRIO** JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 01227322437

**Posição em 21-05-2019 12:45:11**

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

*Jose Carlos Esteveao da Silva  
(Goiana) F: 9.9309-4150  
11.11.18 9.8922-9684  
Rua Gilvan Menezes, 08,  
Nova Goiana*



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 11/11/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 11/11/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: José Carlos Esteves da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura 3º metacôrno direito luxação dos ossos do corpo com grau de lesão ligamentar do punho direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Desossunhamento da fratura do 3º metacôrno com placa e parafuso Redução luxação percutânea com gipsos de fixação do punhos direito e fisioterapia motora 20 semanas.	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Dor, déficit de força e ADL, com
2º	atrofia muscular no punho e mão
3º	direitos.
4º	Pérdida funcional de 70% na mão dir.
5º	e perda de 70% no punho dir.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/05/19 A  
07/05/19, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL Goiana - PE	DATA 07/05/19	ASSINATURA E CARÍMBO
----------------------	------------------	----------------------

Dr. Abscon F. F. Vieira  
Ortopedista - Traumatologista  
CRMPE 220392  
CNPJ 25.320.220/0001-59





## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: JOSE CARLOS ESTEVÃO DA SILVA REG: 92944

IDADE: 36 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 14/11/2018 DATA DA ALTA 25/11/18

DIAGNÓSTICO: Fratura Dissecante de 3º Metacarpo (L) + Lesão do Ligamento Escapofalangiano (L)

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

Redução aberta e fixação interna L fratura L Metacarpo +  
Redução fechada e fixação interna do Línea Escapofalangiano.

### **ORIENTAÇÃO:**

- Referir ao ambulatório L Ortopedia após 02 semanas
- Cefalexina 500 mg, VO, 06h, por 07 dias.
- Ficar de fato.
- Analgesia.

*Dr. Hugo Freitas*

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM  NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/19

*Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 24680*

**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**



**SUS****Laudo para solicitação de autorização de internação****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES 6431569

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - Nome do Paciente JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA	6 - Nº Prontuário 92944			
7 - Cartão Nacional do SUS 200633559270003	8 - Data de Nascimento 30/10/1982	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe IRACI PAULO DA SILVA	12 - Telefone de Contato 8199327551			
13 - Nome Responsável JOSE CARLOS	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) LOTEAMENTO OSVALDO RABELO, 23 - CENTRO	16 - Município GOIANA	17 - IBGE 260620	18 - UF PE	19 - CEP 55900974

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PUNTE EM POS OPERATORIO DE OSTEOSÍNTSE DE 3ºMTC DIREITO + LESÃO CARPICA (24/11/18) COM EDEMA, HIPEREMIA E SAIDA DE SECREÇÃO  
LENTA POR TRAJETO DE FIOS K

21 - Condições que justificam a Internação  
NECESSIDADE DE ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA + AValiação de ABORDAGEM CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
EX FÍSICO + ANAMNESE + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código INFECÇÃO DE TRAJETOS DE FIOS K EM PUNHO DIREITO	24 - CID 10 Principal T846	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas
--	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	28 - Código do Procedimento 0408060565		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016276437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data da Solicitação 02/01/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) Dr. Fagner Alhayde CRM-PE 23.860	16339

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento S ( ) CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Dr. Fagner Alhayde  
CRM-PE 23.860 - TEOF 2019

Código do Laudo: 459318





## Evolução Clínica

NOME: JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA REG: 92944

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
2/1/2019	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
23:20	<b># ADMISSÃO</b>
HAS -	PACIENTE EM POS OPERATÓRIO NO DIA 24/11/18 DE OS-
DM -	TEOSSÍNTESE DE 3ºMTC DIREITO + LESÃO CÁRPICA COM
ALERGIA -	RELATO DE TRAUMA EM MÃO DIREITA HÁ 04 DIAS, EVO- LUINDO COM DOR INTENSA, EDEMA, HIPEREMIA, RIGIDEZ DE DEDOS.
	EF: EGB, EUPNÉICO, CORADO, CONSCIENTE, ORIENTADO SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA POR TRAJETOS DE FI- OS K COM EDEMA (2+/4+) EM MÃO DIREITA E HIPEREMIA PRESENTE. DIFICULDADE E DOR INTENSA À EXTENSÃO DE DEDOS DA MÃO DIREITA.
	<b>HD: 1) INFECÇÃO DE TRAJETO DE FIOS K</b>
	<b>C: 1) INTERNAMENTO</b>
	<b>2) INÍCIO ANTIBIOTICOTERAPIA COM CIPRO + CLINDA</b>
	<b>SOB ORIENTAÇÃO DE DR. HYGINO MARINHO E DR. CRY- STIAN PEDROSA</b>
	<b>3) ANALGESIA FIXA</b>
	<b>4) SOLICITO HEMOGRAMA + PCR + VHS</b>
	<b>5) SOLICITO USG DE MÃO E PUNHO DIREITO.</b>

Dr. Ayton Depaz  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PE 23.890



REG: 82844  
ATENDIMENTO: 459510  
PACIENTE: JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA  
NASCIMENTO: 30/10/1982 IDADE: 36 SEXO: MASCULINO  
NOME MÃE: IRACI PAULO DA SILVA  
IDADE: ENDEREÇO: LOTEAMENTO OSVALDO RABELO, NÚMERO: 23  
DIAGNÓSTICO: BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: GOIANA

**ESCLARECIMENTO**

REG:

DATA DA ALTA: 03/10/19

→ Infecção da f. d.

Pos TTO de 18810 VEGANADA

TRATAMENTO REALIZADO:

Desinfecção fio tr

Antibiototerapia

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:  
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( ) NÃO ( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16853 - TEOF 12551

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

**ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS**



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP. : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **459510**

Usuário: **ROSEANERSN**

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA</b>	Prontuário: 92944		
Idade: 36a 2m 7d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 30/10/1982
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.: 5875345	C.P.F.: 01227322437	Telefone:	CEP 55900974
Endereço: LOTEAMENTO OSVALDO RABELO	, 23	- CENTRO	- GOIANA - PE
<b>Dados da Internação</b>			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 03/01/2019 18:16		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-36	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Numero:	
Fone:	Cidade:	Estado civil :

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>07/01/19</u>	Hora da Alta: _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>Boas condições clínicas</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>INFECÇÃO PÓ-ESTERILIZANTE</u>	<i>REVISADO</i> <i>CCIH-HMA</i>
Diagnóstico Secundário01: _____	
Diagnóstico Secundário02: _____	
Procedimento.....: <u>ANTIBIOTICO</u>	
<p>João Bosco B. C. Neto Ortopedia/ Traumatologia CRM/PE 26.670 Médico e CRM:</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p>	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

**JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado,19, Nova Goiana, Goiana-PE.

### OUTORGADA:

**Viviane Evangelista de Souza Alves**, brasileira, divorciada, inscrita na OAB-PE sob o nº18.789, com endereço profissional a Rua do Riachuelo nº 189, Edf. Almirante Barroso, Bairro; Boa Vista, Recife-PE.

**RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

### PODERES:

Da cláusula “Ad Judicial” “Et Extra, representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber dar quitação e levantar alvarás judicial, junto a Vara e/ou Central de Conciliação Mediação e Arbitragem, como também na agência bancaria do Banco do Brasil e/ou Caixa Econômica Federal, referente ao Processo de nº 0006352-78.2016.8.17.2001.

Goiana/PE, 22 de Maio de 2019.



**JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA**



## DECLARAÇÃO

**JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado,19, Nova Goiana, Goiana-PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Goiana-PE, 22 de Maio de 2019.



**JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA**



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade 5.875.345 SDS/PE e inscrito no CPF de nº 012.273.224-37, residente e domiciliado na Estrada Velha do Condado, 19, Nova Goiana, Goiana-PE.

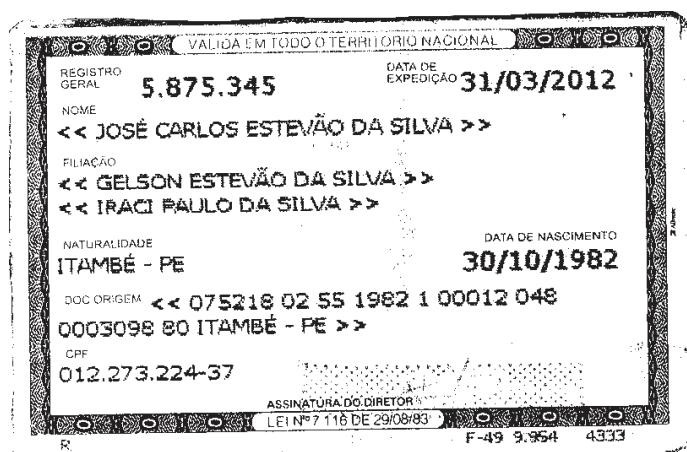
De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Goiana/PE, 22 de Maio de 2019.



JOSE CARLOS ESTEVAO DA SILVA





Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 20/11/2019 14:04:43  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112014044300800000053377811>  
Número do documento: 19112014044300800000053377811

Num. 54248926 - Pág. 4

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PE      N° 013711360296

54368065584

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	ICOD/RENAVAM	RNTRC
1	676955520	*****
NOME/ENDERECO		
WEDSON PEREIRA ASCENDINO		
RUA DA CAMPINA 3/N		
CS CENTRO		
ITAQUITINGA - PE 55950-000		
CPF/CNE	PLACA	
128.428.114-02	PGM6929	
NOME ANTERIOR		
GEFERSON JOSE DA SILVA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
*****	9C2KC1680ER484817	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA	ALCO/GASO	
MARCA/MODELO	ANO FAB / ANO MOD	
HONDA/CG150 FAN E3DI	2013 2014	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	
2P/149CL	PARTIC	
20173887	COR PREDOMINANTE	
PRETA		
OBSERVAÇÕES		
3EM RESERVA		DATA
ITAQUITINGA - PE		08/11/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro		
Assinatura do Motorista / DETRAN / PE		



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 20/11/2019 14:04:43  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112014044300800000053377811>  
 Número do documento: 19112014044300800000053377811

Num. 54248926 - Pág. 5



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -  
DP44ºCIRC DINTER1/11ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18EO134004161**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2018** às **10:24**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **11/11/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, LOTEAMENTO BELA VISTA, NOVA GOIANA.** - Bairro: **CENTRO** - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

**DESCONHECIDO** ( Autor / Agente )  
**WEDSON PEREIRA ASCENDINO** ( Outro )  
**JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA** ( Vítima )

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

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Srt(a): **JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA**

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

**JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRACI PAULO DA SILVA** Pai: **GELSON ESTEVÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **30/10/1982**  
Naturalidade: **ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8878345/SDS/PE (RG), 01227322437 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 93694150**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 27, LOTEAMENTO BELA VISTA, NOVA GOIANA.** - CEP: **0** - Bairro: **CENTRO** - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**WEDSON PEREIRA ASCENDINO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**DESCONHECIDO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPrevi...

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WEDSON PEREIRA ASCENDINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/GG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGM 6526** (PERNAMBUCO/TAQUITINGA) Renavam: **67836E526** Chassi:  
**UC2KC1688ER484817**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

**Complemento / Observação**

**O NOTICIANTE INFORMA QUE O CORDÃO DA CHAVE CAIU ENTRE O PUNHO E FREIO, TRAVANDO O GUIDÃO E EM CONSEQUÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO EM EPÍGRAFE VINDO A CHOCAR-SE COM O MURO, E EM DECORRÊNCIA DO EVENTO EM BAILA FOI SOCORRIDO POR SEU FILHO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA, ONDE FOI ATENDIDO E A POSTERIORI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, EM CONSONÂNCIA COM DOCUMENTO HÁBIL COMPROBATÓRIO EM ANEXO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.**

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

*Jose Carlos Estevao da Silva*  
**JOSÉ CARLOS ESTEVÃO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EUGENIO SALES BEZERRA DE SOUSA** - Matrícula: **350630-4**



EXMO.SR.DR. JUIZ DA 14 VARA CIVEL DA COMARCA DE RECIFE-PE

JOSE CARLOS ESTEVÃO DA SILVA, já qualificado vem por intermédio de sua advogada devidamente constituída reiterar o pedido de Gratuidade da Justiça, uma vez que o autor não tem condições de arcar com as custas e taxas processuais, tendo em vista que por uma lapso não foi assinalado a opção Justiça Gratuita no ato da distribuição,

Nestes Termos,

Pede Deferimento

Viviane Evangelista

OAB-PE 18.789



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 20/11/2019 14:19:19  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112014191966100000053380694>  
Número do documento: 19112014191966100000053380694

Num. 54251760 - Pág. 1