



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114009706

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **09:18**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **12/10/2019** às **14:16**

Fato ocorrido no endereço: **AV SEN. NILO COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: BENIGNA ANTONIA LEAL Pai: SEVRINO FERREIRA ODILON Data de Nascimento: 20/3/1956 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2777011/SDS/PE (RG), 11198666420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Telefones Celulares:
- **983469684**

Residencial: **AV NILO COELHO 30, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

13/11/2019 09:20



INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DE SUA CASA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE TAMBÉM NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA, ELA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DE OLINDA, POIS SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA, PRECISANDO COLOCAR PLATINA.

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

**MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**

13/11/2019 09:20









CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53030-010

DADOS DO CLIENTE
JOYCE LOPES DA SILVA
R LIGIA GOMES, N. 00030 - CASA C - OURO PRETO OLINDA PE 53370-
255
INSCRIÇÃO: 096.405.300.3728.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 108875890

MATRÍCULA: 108875890 Set/2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
1	1	1	1
HIDRÔMETRO A185396731	DATA LEIT. ANTERIOR 04/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 04/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 83 CONSUMO: 6
LEIT ATU: 89
LEIT FAT: 89

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

08/2019 09
07/2019 06
06/2019 05
05/2019 06
04/2019 30

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	132	132	128
COR APARENTE	132	132	125
CLORO RESIDUAL	132	132	123
COLIF. TOTAIS	132	132	130
E. COLI	132	132	130

MÉDIA: 11

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	6 M3	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		0,88

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,96

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 235,24. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVIDADE E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

IMPRESSO EM: 02/10/2019 15:05:05



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

111.986.664-20

Nome

MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA

Nascimento

20/03/1956

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE

425E.5500.C969.166F

**A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço**

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:56:33 do dia 25/07/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sra **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**, portador do RG nº 2.777.011 SSP- PE, CPF- 111.986.664-20 foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência 693618, no dia 12/10/2019, aproximadamente às 14:16h, na PE-15 (AV. Nilo Coelho, próximo ao bar da Mangueira e bar da Acerola) –Ouro Preto- Olinda-PE, via pública causas externas, acidente de trânsito (Atropelamento). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 22 de outubro de 2019.


Rosilene Mª Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
Mat.: 724
Téc. Adm./SAMU 192 – Olinda

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/10/2019 08:31

Atendimento: 327371 Entrada: 15/10/2019 Hora: 11:44
Acomodação: LEITO 01
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: POS-OPE FEM
Permanência: 2 Dia(s), 20 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 708605500109388

Paciente: 1625768 MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA
Nascimento: 20/03/1956 (63 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA JAVALI
Bairro: OURO PRETO C.E.P.: 53370-170
Cidade: 2609600 OLINDA
Pai: SEVBERINO FERREIRA ODILON
Mãe: BENIGNA ANTONIA LEAL
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 2777011 - SDS - PE
Telefone: /
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 15/10/2019 - 12:12

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDA DA UPA DE OLLINDA COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO APOS ATROPELAMENTO HA 3 DIAS
ALERGIA -; HAS -; DM -

Exame físico:

DOR + EDEMA EM TNZ

FERIMENTO EM FACE LATERAL DA PERNA EM SEUA TERÇO MEDIO SUTURADO E SEM SINAIS FLOGISTICOS LOCAIS

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

	Hórarior/Checagem
01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Armino Moura
Serviço de At.
Fone: (51)
Av. Clodo Campen, 1000 - 1000

Página 1 de 1





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

ORIENTAÇÃO DE ALTA

Alimentos que fazem BEM

- Peixe
- Frango (sem pele)
- Carne vermelha (sem gordura)
- Ovo
- Leite
- Frutas (acerola, laranja, abacaxi, maracujá, limão, goiaba)
- Legumes e verduras (alface, brócolis, couve, espinafre, tomate, cenoura, beterraba, berinjela).

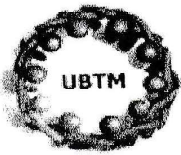
Alimentos que fazem MAL (EVITAR durante 30 dias)

- Camarão
- Carne de porco
- Soja
- Pimenta
- Alimentos industrializados (salgadinhos, sorvete, biscoitos, refrigerantes, molhos prontos)
- Alimentos embutidos (Linguiça, mortadela, paio, salame, salsicha, bacon)
- Bebida Alcoólica.


Valéria M. da Silva
Nutricionista
CRN 13422

Av. Clete Campelo, S/N - Alto da Maternidade 54800-000 - Moreno - PE. Fone: + 55 81 3535-2013





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA (1625768)

Admissão: 327371

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR(W.B)

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/10/2019 as 10:54

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA (1625768)

Admissão: 327371

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR(W.B)

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/10/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/10/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 27/11/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/10/2019 as 10:54

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA (1625768)

Admissão: 327371

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S826

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/10/2019 as 10:53

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Atendimento: 1536497

Senha da Classificação:

0143

Data e Hora: 12/10/2019 14:43

Paciente: 237269 MARIA DA CONCEICAO LEAL FERREIRA Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/03/1956 Idade: 63 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: BENIGNA ANTONIA LEAL

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: VENCEDOR

30

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370170

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81 3493-1139

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Dor cervical e TND
após relato de angústia por...*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Fratura do Voleto lateral

Indicação Terapêutica

Transferência

Prescrição Médica

*05/15/16 = 1) Dieta Volúme a sola / Anorexia
2) Dipirona 1g + AD (E) de 6/6h
3) Cetoprofeno 100mg + 350mg 100mg (E) de 12/12h
4) Talcã 100mg a 100mg
curativo e furo 15.7*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

HMA

Senha:

Francisco João Rossi
Médico
CRM-PE 23368

Carimbo/Médico



1536497



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/10/2019 14:40

Nome Paciente:	MARIA CONCEICAO LEAL
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	65
Senha:	0143
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 12/10/2019 14:41 - 12/10/2019 14:42

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO SAMU
RELATO TRAUMA EM MIE

Observação:

ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/10/2019 14:42

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: Adelson José da Silva - 13/01/2020 15:43:14

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011315431409200000055469699>

Número do documento: 20011315431409200000055469699

Num. 56385216 - Pág. 2

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

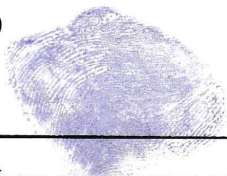
OUTORGANTE: MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2.777.011 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 111.986.664-20, residente e domiciliado (a) na Rua Ligia Gomes, nº 30, Bairro: Ouro Preto, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53370-255, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

OUTORGADOS: DR^a VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 20 de Dezembro de 2019



**IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL
FERREIRA
CPF/MF sob nº 111.986.664-20**

Av. Chico Science, nº 72, loja 7 da galeria do posto Total, Bultrins, CEP: 53.320-170, Olinda/ PE

E-mail: 2AVadvocacia@gmail.com – Fones:

(81)3012.9696/9968.9696/8899.9696/9771.0888/8827.1879



DECLARAÇÃO E PEDIDO
DE BENEFÍCIO DE GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Eu **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2.777.011 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 111.986.664-20, residente e domiciliado (a) na Rua Ligia Gomes, nº 30, Bairro: Ouro Preto, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53370-255, nos termos da Lei nº 1.060 / 50, declara, para os devidos fins de direito e, em especial, para fazer prova em juízo, que não possuo condições para arcar com as custas e as despesas judiciais, sem o prejuízo do meu próprio sustento, não tendo condições de arcar com despesas; requerendo, consequentemente, todos os benefícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**.

Olinda, 20 de Dezembro de 2019



IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL
FERREIRA
CPF/MF sob nº 111.986.664-20



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA, brasileira, solteira, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2.777.011 SDS/PE, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 111.986.664-20, residente e domiciliado (a) na Rua Ligia Gomes, nº 30, Bairro: Ouro Preto, Cidade: Olinda, Estado: PE, CEP: 53370-255, que outorga os poderes constantes nesta procuração,

OUTORGADOS: DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 33.821 - D, a quem substabelecer, com endereço profissional à Av. Chico Science, Nº 72, Loja 07, Bultrins – Olinda/PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meus bastantes procuradores e outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que os outorgados dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA**.

FINALIDADE: DEFENDER OS INTERESSES DO OUTORGANTE.

Olinda, 18 de Novembro de 2019

IMPRESSÃO DIGITAL DA VÍTIMA/OUTORGANTE MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA
CPF/MF sob nº 111.986.664-20

Adelson José da Silva
CPF nº 253.574.254-34
ASSINATURA A ROGO

Dra. Vanessa Andrade da Silva
OAB/PE 33.821
Outorgado

Adelson José da Silva Junior
CPF nº 061.243.154-16
Testemunha 01

Mauricélia Andrade da Silva
CPF nº 351.230.524-53
Testemunha 02

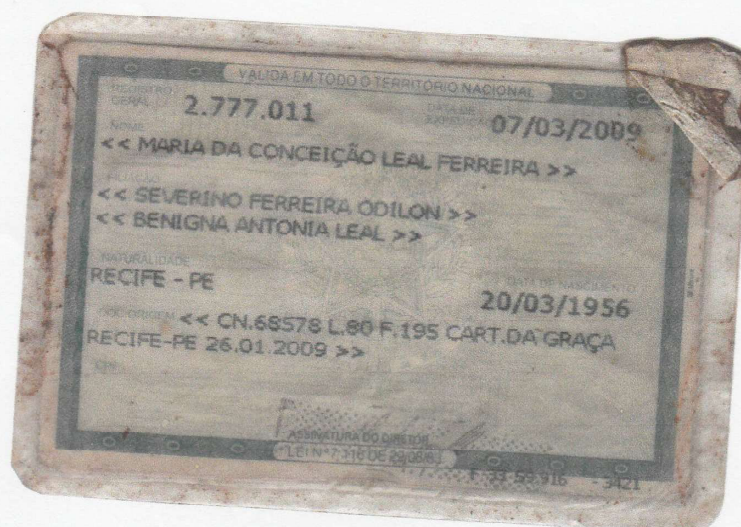
R. Professor José Cândido Pessoa, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

Reconheço por autenticidade a firma de:
ADELSON JOSE DA SILVA JUNIOR. Dou fé.
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo: 0150672.THZ10201901.03718 - Ato: Rec. de Firma.
Data: 29/11/2019 15:29:27
EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 Rafael Gomes de Meneses
FERM: R\$ 0,01 FUNSEG: R\$ 0,08

Av. Chi

53.320-170, Olinda/ PE

S:
327.1879



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA
CAPITAL – PERNAMBUCO**

Nº do Processo: 0001440-96.2020.8.17.2001

MARIA DA CONCEIÇÃO LEAL FERREIRA, já devidamente qualificada nos autos, vêm por seus advogados e bastantes procuradores conforme procuração nos autos, informar que por equívoco, o sistema não registrou o pedido de justiça gratuita e sendo assim, o processo encontra-se aguardando pagamento das custas, porém, tanto na petição inicial, bem como nos documentos em anexos, segue declaração de hipossuficiência, por isso, requer que seja deferido o pedido de justiça gratuita.

Agradece antecipadamente o reconhecimento por Vossa Excelência e pede Deferimento

Olinda, 13 de Janeiro de 2020.



DRº ADELSON JOSÉ DA SILVA

OAB/PE 25.645 – D

DRª VANESSA ANDRADE DA SILVA

OAB/PE 33.821 - D

