



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JOSEME DOS SANTOS SILVA brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO inscrito(a) sob o CPF nº
021.248.757-44 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua JULIO, nº 420,
Bairro MARACAN, na cidade de FORTALEZA-CE, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial: 60.710-660

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.: 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 28 de Julho de 2020

Joseme dos Santos Silva

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSEMIR DOS SANTOS SILVA

CPF
021.248.757-44

DATA NASCIMENTO
22/06/1974

FUNÇÃO
LAURENTINO DA SILVA

MARIA JERONIMO DOS SANTOS

PERMISSÃO
AD

DATA EMISSÃO
21/11/2023

1ª IMPLANTAÇÃO
02/12/1994

IDENTIFICAÇÃO
BAR

ASSINATURA DO TITULAR
João Carlos dos Santos Silva

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/11/2018

ASSINATURA DO TITULAR
João Carlos dos Santos Silva

55485466345
CE167963120

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1663939357

PROIBIDO PLASTIFICAR
1663939357

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARRAL DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		DADOS PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE JOSEMI DOS SANTOS SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO 388573	Nº DO BE 289641	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 02124876744	SEXO M	RACIA PARD	
NI NI	ENDEREÇO RUA JÚLIO ALCIDES 420 AP 105 BL 1 MARAPONGA	CEP (85) 98054-2080	
CIDADE FORTALEZA	UF CE		
CEP 60.710-680			
LOCAL DE OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA		
QUEIXA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA.	CLASSIFICAÇÃO E RISCO	MOTIVO QUEDA	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG	SINAIS VITAIS	PULSO NI	OLICENA NI
TEMPERATURA NI °C	RESPIRAÇÃO NI		
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO PAULA DANNIELE DOS SANTOS DIAS		
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO	COE PROCEDIMENTO	CD	
RAIO X () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO X			
MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ARRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Dr. Antonio Luiz Viana Gonçalves</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>Chirurgia Quadril</i> <i>REFM 17.551.1001.1001</i>			
TIPO DE ALTA/JAIDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL			

Impresso por PAULA DANNIELE DOS SANTOS DIAS em 16/09/2019 às 12:11:47

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 260 do Código Penal.

JOSEMI DOS SANTOS SILVA

4990

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

NOME: JOSEMIR DOS SANTOS SILVA

SOLICITO 35 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

MOTIVO: TRAUMA NA CLAVICULA ESQUERDA

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC-ILITURGE-1507EOT. 16.11.19

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
 Impresso nº 2019835670



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 5106 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/11/2019 15:44:37**
 Data / Hora da Ocorrência: **16/09/2019 10:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV J LADO JUREMA, CJ. MARECHAL RONDON / JUREMA - JUREMA CAUCAIA/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSEMIR DOS SANTOS SILVA**
 Nascimento: **22/06/1974** CPF: **021.248.757-44**
 RG: **094240165** Órgão Emissor: **SSP** UF: **RJ**
 Filiação: **MARIA GERONIMO DOS SANTOS**
LUIS ANTONIO DA SILVA
 Endereço: **RUA JULIO ALCIDES, 420 AP 105 BL 01**
 Bairro: **MARAPONGA** CEP:
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNH6635** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC7000JR100044** Renavam: **1157766169** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110i** Ano Fabricação: **2017**
 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **ANTONIA PAULA CABRAL DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados seguia pilotando a motocicleta acima descrita, ocasião em que outro veículo não identificado (tipo carro) realizou uma ultrapassagem arriscada, momento em que bateu na lateral da moto, fazendo com o declarante caísse ao solo, lesionando sua clavícula; QUE o motorista causador do acidente se evadiu do local, sem prestar socorro ao declarante, que foi socorrido por meios próprios ao Hospital Frotinha da Parangaba, Fortaleza/CE, onde recebeu atendimento médico. Nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 18/11/2019 15:52:15

Pág. 1 de 1

Impresso em: 18/11/2019 15:52:15