

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

OUTORGANTE(S): João Justino de Jesus,
 brasileiro(a), solteiro (estado civil), agricultor (profissão),
 portador (a) da cédula de identificação RG nº 2015016727-4,
 devidamente inscrito no CPF sob nº 083.002.743-24, residente e
 domiciliado no Bom Tempo
Viçosa do Ceará.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o N° 31.972 e NATHANIEL MENDES DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 15 de Fevereiro de 2017.



CPF nº 083.002.743-24

OBS: TENDO EM VISTA O OUTORGANTE SER PESSOA ANALFABETA, SEGUE ASSIM A PRESENTE PETIÇÃO COM ASSINATURA A ROGO, DEVIDAMENTE COMPROVADA POR MEIO DE DUAS TESTEMUNHAS INDICADAS PELA OUTORGANTE.

Maria Verônica de Sousa Pereira

TESTEMUNHA 1

NOME: Maria Verônica de Sousa Pereira

CPF: 838.916.253-91

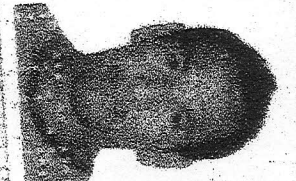
RG: 2008335321-0

Patrício Laura de Jesus

TESTEMUNHA 2

NOME: Patrício Laura de Jesus

CPF: 015.785.243-18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERICULORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COLETA E EMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E FÍSICA SIMÉTRICA		REGISTRO GERAL 2015016727 - 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/05/2015	
 Polegar Direito		NOME JOÃO JUSTINO DE JESUS FILIAÇÃO ROSA JUSTINA DE JESUS NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 21/12/1969	
		DOB. ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GENERAL TIBÚRCIO TERMO: 4298 FOLHA: 192V LIVRO: A 05 VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE EMISSÃO 21/12/1969	
Não Assina ASSINATURA DO TITULAR		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
 Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Número 083.002.743-24 Nome JOAO JUSTINO DE JESUS Nascimento 21/12/1969	
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

32,41 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos enviando o jornal "Coricice" a partir de hoje todos os dias para contato por e-mail. Para consultar os números acesse nosso site - www.coricice.com.br

Declaração de Residência(Lei nº 7.115/53)

Eu, João Justino de Jesus, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão agricultor portador(a) do RG nº 2015016727-4 SSP/CE e CPF nº 083.002.743-24 filho de pai N.C e mãe Rosa Justina de Jesus DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Bom Tempo, nº 511 bairro Zona rural, na cidade de Vicosa do Ceará-CE ponto de referência (próximo à) Inaniêdo.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Vicosa do Ceará-CE 15/12/2017.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu João Justino de Jesus
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão agricultor, RG nº 2015016727-4 SSP/ CE
CPF nº 083.002.743-24 residente e domiciliado(a) na
Bom Tempo, nº SN, bairro Zona rural,
na cidade de Vicosa do leão, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Vicosa do leão - CE, 15 de Fevereiro de 2017.



Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 248 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/02/2016 14:22:04**
Data / Hora da Ocorrência : **03/01/2016 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT BOM TEMPO**

ZONA RURAL VICOSA DO CEARÁ /CE

Ponto de Referência: **EM FRENTE AO ARLINDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO JUSTINO DE JESUS**
Nascimento : **21/12/1969**
RG: **2015016727-4** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: - CPF: **08300274324**
Filiação: **NC**

ROSA JUSTINA DE JESUS

Endereço: **SIT BOM TEMPO**

ZONA RURAL

VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

A NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADO SEU IRMÃO JOÃO JUSTINO DE JESUS ESTAVA ANDANDO DE BICICLETA QUANDO UMA MOTOCICLETA QUE VINHA NA CONTRAMÃO COLIDIU CONTRA A REFERIDA BICICLETA; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, SEU IRMÃO FICOU INCONSCIENTE; FOI SOCORRIDO ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ ONDE APRESENTAVA CEFALÉIA E VÔMITOS EM RAZÃO DE UM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE/MODERADO; QUE ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT; QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE O PRESENTE TERMO POR ENCERRADO.///////

Noticiante(s)

Nome : **MARIA VERONICA DE SOUSA PEREIRA**

Endereço : **SIT BOM TEMPO**

Bairro : **ZONA RURAL**

Município/UF : **VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL**

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

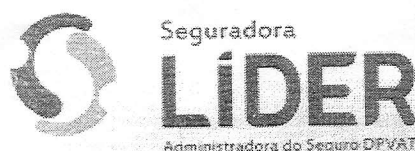
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO DE ANDRADE SILVA FEITOSA - MAT.: 404724-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Verônica de Sousa Pereira

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160325567 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO JUSTINO DE JESUS**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** JOAO JUSTINO DE JESUS**CPF/CNPJ:** 08300274324**Posição em 26-08-2016 09:02:46**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.350,00

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: João Justino de Jesus Raça/Cor:
Sexo: M (X) F () DN: 21/12/69 Idade:
Nome da Mãe: Reza Justino de Jesus
Nome do Pai: NC Profissão: Agricultor
Estado Civil: S
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: St. Bom Tempo Telefone ()
Cartão do SUS: 898003005298932 RG: 2015016727-4
Data do Atendimento: 05/01/16 Hora: 07:14 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: x mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: Há quanto tempo:

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(X) Acidente de Trânsito Data: 05/01/16 Hora: 07:14 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
(X) Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: / /

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

AVALIAÇÃO CLÍNICA: Paciente em Repouso da SI de Sobs, viúva e
TCF, SI Referência
menstruação cíclica → Vagino,

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): TCE leve / moder.

PROCEDIMENTO E CONDOTTA:

APRAZAMENTO

- ① - Diem Liver. Dr
- ② - Onigore 2:18 m EV, GbH S/N
- ③ - plax 2:18 m. EV 10:35
- 4 - Voltareem Xy Th 10:35
- 5 -
- 6 -

MEDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Em: 05/03/16 às 10:50h paciente em repouso no leito Ativo, Adm. I, P.A. 120x80 T: 36,6. Apresenta Vômito, Flui de Soro. vítima da Acidente, TCE, Lux. Foi medicado conforme prescrição médica, segue no leito de cuidados da enfermagem. Em: 05.01.16 às 14:00h paciente em repouso no leito Ativo, Adm. I, P.A. 120x80 T: 36,6. segue no leito de cuidados da

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Maria Verônica de Sousa Pereira
Assinatura do Usuário ou Responsável

Assinatura do Usuário ou Responsável

Manuel Regalado Teixeira Duarte
740060 de Enfermagem
CORREIO: 666.740



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: Unidade de Saúde da Família - UBS

Distrito Sanitário: 1 Município: _____

Nome: Leandro Gomes de Jesus Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de atropelamento, de entrada e/
rebaixamento de consciência, trauma corticocefálico em região frontoparietal
esquerda, vômitos (crôn em jato) e ataxia (interna). Paciente já

Resultado do(s) Exame(s): portador de deficiência intelectual de base (SIC acompanhada)
Exadui o melhor de nível de consciência, porém permanece com vômitos
→ Rx crânio, cervical lateral e tórax - S/ alterações

Conduta já Realizada: Analgesia, sutura de corte em região capilar, antieméticos

Impressão Diagnóstica: TCE moderado leve

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
PP. Ana Montenegro
COORDENADORA