

PROCURAÇÃO AD JUDICIA A ROGO**OUTORGANTE:**

Marcia Gisela do Amaral
brasileira, solteira
inscrito sob o RG 2007487406-0 e CPF 626.504.323-49, residente
na Vila Rafael, Rua C, Aracati-CE,
doravante outorgante.

OUTORGADOS:

ANDRÉ DO NASCIMENTO SIMÕES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 28.552 e PRISCILA SANTOS NOGUEIRA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 35.444, ambos com endereço profissional na Av. Dragão do Mar nº 404, Centro, Aracati-Ce, onde receberão as notificações e intimações de estilo.

PODERES OUTORGADOS:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastante procuradores os outorgados, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula ad judicium e et extra a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, repartição pública autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhes conviver, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo propor quaisquer tipos de ações, transigir, etc, bem como defendê-lo em eventuais ações contra ele propostas.

Aracati-Ce, 17 de setembro de 2018.

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Maria Getulda do Amaral
brasileira, solteira
inscrito sob o RG 2007487406-0 e CPF 626.504.323-49, residente
na Vila Rafael, Rua C, Aracati-6.

Eu, acima qualificado, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **gratuidade da Justiça**, nos termos do parágrafo único do artigo 98 do CPC.

Aracati-Ce, 05 de novembro de 2019.



Assinatura

 **GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI
Impressão nº 2019733598

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 165/2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/01/2018 13:58:31**
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2015 15:35:00**
Endereço da Ocorrência: **R A, VILA RAFAEL - ARACATI/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GECILDA DO AMARAL**
Nascimento: **04/08/1963** CPF:
RG: **20077871060** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ANA FRANCISCA DO AMARAL**
NC
Endereço: **VILA RAFAEL RUA C, 4233**
Bairro: **VARZEA DA MATRIZ**
Município: **ARACATI/CE** CEP: **62.800-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE SEGUIA EM SUA BICICLETA QUANDO VEIO A SER COLHIDA POR UM VEICULO MOTOCICLO DE PLACA NOR 1675/ARACATI-CE, COR VERMELHA, QUE DEVIDO A COLISÃO VEIO AO SOLO, QUE FOI SOCORRIDA POR PESSOAS QUE ESTAVAM PROXIMO A LOCAL E LEVADA AO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO DIAS APRESENTANDO TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
CIDORGETON PINHEIRO DA SILVA - MAT.: 405181-1-8



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI
 Impresso nº 2019793500

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 165 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/01/2016 13:58:31**
 Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2015 15:35:00**
 Endereço da Ocorrência: **R A, VILA RAFAEL - ARACATI/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **MARIA GECILDA DO AMARAL**
 Nascimento: **04/08/1963** CPF:
 RG: **20077871060** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **ANA FRANCISCA DO AMARAL**
NC
 Endereço: **VILA RAFAEL RUA C, 4233**
 Bairro: **VARZEA DA MATRIZ**
 Município: **ARACATI/CE**
 País: **BRASIL**

UF:

CEP: **62.800**

Telefone:

Histórico

QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. QUE SEGUIA EM SUA BICICLETA QUANDO VEIO A SER COLIDIDO POR UM VEICULO MOTOCICLO DE PLACA NOR 1675/ARACATI-CE, VERMELHA. QUE DEVIDO A COLISÃO VEIO AO SOLO. QUE FOI SOCORRIDO POR PESSOAS QUE ESTAVAM PROXIMO A LOCAL E LEVADA AO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO DIAS APRESENTANDO TRAUMA EM PÉ ESQUERDO. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

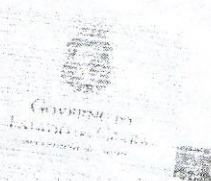
CIDORGETON PINHEIRO DA SILVA - MAT.: 41

GOVERNO MUNICIPAL DE Aracati ADMINISTRANDO COM TODOS		Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED					
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						Acidente: () Sim () Não	
						Trabalho: () Sim () Não	
						Trânsito: () Moto () Carro () Outro	
AT. IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS S/ URGÊNCIA	AZUL
Data: 27/11/15		Hora do atendimento: 15:35		Atendente: <i>[assinatura]</i>			
Nome: <i>Ma. Jeilolo Amaral</i>				Idade: 53		Sexo: (X) F () M	
Data de nascimento: 17/10/81		RG/CPF/Outros: <i>não trouxe</i>		CADSUS: <i>não trouxe</i>			
Filiação: <i>Maria Jzma</i>				Nº:		Telefone: <i>não trouxe</i>	
Endereço: <i>rua São Rafael</i>							
PSF:				ACS:			
T: _____ °C	PA: 130 x 80 mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	Glicemia Capilar: _____ mg/dl			
Nível de consciência: () Inconsciente (X) Orientado () Confuso () Desorientado ECG: _____				Alergias: <i>neige</i>		Violência: () Sim () Não	
CLASSIFICAÇÃO DA DOR: () Sim () Não		() Aguda () Crônica () Recorrente		TIPO DE DOR:		() Leve () Moderada () Forte () Severa	
ATENDIMENTO E CONSULTA							
() Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento				() Consulta com Prof. De nível sup na atenção esp (exceto médico)			
() Atendimento Médico de urgência em atenção especializada				() Atendimento da Atenção Básica			
PROCEDIMENTO							
Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico) <i>lesão em pé e</i> <i>relato atual de moto e pauco. Colisão bicicleta e moto.</i>							
Enfermeiro(a): <i>Alex Souza Tavares</i>				Encaminhamento: (X) Clínica Médica () Traumatologia			
Anamnese (Conduta Médica): <i>Acidente moto, trauma</i> <i>nos pés e ferimento</i>							
Hipótese Diagnóstica							
Prescrição na Urgência				Horário		Assinatura do executor	
<i>1 - 1000 mg + 1000 mg 16:30</i>						<i>[assinatura]</i>	
<i>Im de ferimento</i>						<i>[assinatura]</i>	
() Administração de medicamentos na Stenção Especializada				() Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo			
() Inalação / Nebulização				() Enema			
() Curativo grau I c/ ou s/ debridamento				() Sondagem Gástrica			
() Curativo grau II c/ ou s/ debridamento				() Drenagem de abscesso			
() Retirada de pontos de cirurgias básicas				() Excisão e/ ou sutura simples de pequenas lesões			
() Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva				() Exerece de tumor de pele e ancos / cisto sebáceo			
() Pequena Cirurgia: <i>Dr. Maikel M. Arriola</i>				() Retirada de corpo estranho subcutâneo			
() Outros:				() Excisão e sutura de linfangioma / nevus			
Encaminhamento do Paciente: Alta () Hora: _____ Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()							



CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE
DA MICRORREGIÃO DE ARACATI

POLICLÍNICA DR. JOSÉ HAMILTON SARAIVA BARBOSA



RECEITUÁRIO

Paciente: Moune Geilide do Amor

Endereço: Av. Oitopeduto

Paciente ainda refere
dor articular em
tornozelo esquerdo
Reoto trauma

Dr. Márcio M. Vieira
CREMEC: 11.264
MASTOLOGIA

Assinatura do Emitente

Data: 27.10.16

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ARACATI
POLICLÍNICA DR. JOSÉ HAMILTON SARAIVA BARBOSA
Rua Armando Praça, 805 - Várzea da Matriz - Aracati - Ceará
CNPJ: 12.986.520/000-02, Telefone: (88) 4521-5370



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007787106 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2011

NOME MARIA GECILDA DO AMARAL

FILIAÇÃO ANA FRANCISCA DO AMARAL

DATA DE NASCIMENTO 04/08/1963

NATURALIDADE ITAICABA - CE

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:7815 FOLHA:025

LIVRO:A12 ARACATI - CE

RG: ANT: 127599786

P.: 21

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VIA