

PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

Nome Josué Santos da Silva,
nacionalidade brasileira, estado civil solteiro,
profissão Aux. Contabilidade, RG nº 99028048236 SSP/CE,
CPF nº 897.612.433.20, residente e domiciliado(a) na
Rua João Batista 1841 nº 517
bairro São José, na cidade de Vila Rica - CE.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada, **Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-Ce.

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, ação ordinária, procedimento sumário, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nº. s 447 do Código do Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Lorena -CE, 01 de Março de 2017.

Josué Santos da Silva
OUTORGANTE

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

13
X

Eu, Josue Santos da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Aux. Contabilidade, portador(a) do RG nº 99028048236 SSP/CE e CPF nº 897.612.433-20, filho de pai Gregorio Moura da Silva e mãe Maria das Dores Santos da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua João Batista Rol, nº 511 bairro São José, na cidade de Vigosa - CE, ponto de referência (próximo à) _____.

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.

Vigosa - CE, 01/03/2017.

x Josue Santos da Silva



DECLARAÇÃO DE POBREZA

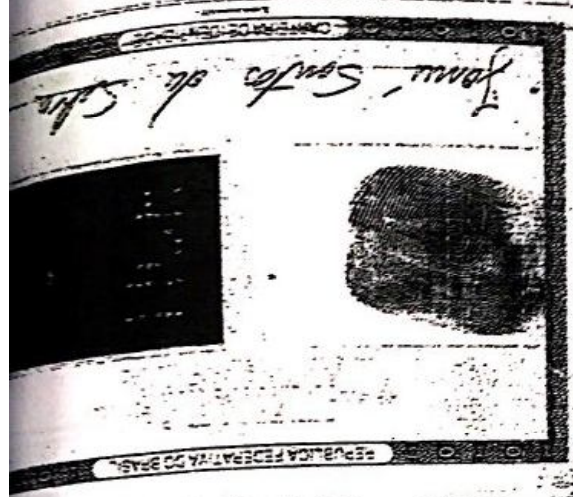
Eu Josué Santos da Silva
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão Aux. Contabilidade, RG nº 99028048236 SSP/CE
CPF nº 897.612.433-20, residente e domiciliado(a) na
Rua João Batista 1401, nº 511, bairro São José
na cidade de Nipoca - CE, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei 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.

Nipoca - CE, 01 de Março de 2017.

x Josué Santos da Silva
Assinatura



1A. DA EM TODO O TERRETO NACIONAL

REGISTRO
NOME 99028048236 20/7/1999
JOSE SANTOS DA SILVA

FILIAÇÃO GREGORIO MOURA DA SILVA E MARIA
DAS DORES SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE VICOÇA-CE DATA DE NASCIMENTO 18/4/1983
CERT. NASC. 928441 AB-82 F
222 VICOÇA-CE

ASSINATURA DO DETENTOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DE REVENUE E ADMINISTRAÇÃO

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **JOSÉ SANTOS DA SILVA**

Data de Nascimento: **18/04/93**

Nº de Inscrição: **897612433-2**



16

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e assinado por autoridade competente nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *José Santos da Silva*

JOSÉ SANTOS DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 22/10/9

S
E
R
P
R
O



NY 62300-000

354

550

$$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$$




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



BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1441 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/10/2014 16:04:28
Data / Hora da Ocorrência : 11/10/2014 15:30:00
Endereço da Ocorrência: AV JOSE FIGUEIRA

18
X

CENTRO VICOÇA DO CEARÁ / CE
Ponto de Referência: PROXIMO A AGENCIA DA GUANABARA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSUÉ SANTOS DA SILVA
Nascimento : 18/04/1983
CNH: 02307928723 Órgão Emissor: UF: - CPF:
Filiação: GREGÓRIO MOURA DA SILVA
MARIA DAS DORES SANTOS DA SILVA
Endereço: R JOÃO BATISTA LEAL 105
SÃO JOSÉ 62300000
VICOÇA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone: 88-92792609

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE POSSUI CNH CATEGORIA (AB) E AO CONDUZIR O VEÍCULO MARCA/MODELO HONDA/CG 150 PAN ESI, ANO 2011/2012, COR VERMELHA, PLACA GCI 0352, CHA 9C2KCI670CR443010, DE PROPRIEDADE DE JOSUE SANTOS DA SILVA, QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA JOSE FIGUEIRA, PROXIMO A AGENCIA DO GUANABARA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO APÓS PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA, PROXIMO A UM REPARO DA CAGEC, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS CONFORME O LAUDO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT, QUE NADA MAIS DISSEMEM LHE F PERGUNTADO, DANDO ESSE TERMO POR ENCERRADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOÇA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Aderson de Oliveira Alves - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Santos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT - Site Oficial -

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Autoatendimento](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150302902 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSUE SANTOS DA SILVA

14 07 20

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Rua Sete de Setembro, 88 Loja P. Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20050-002

BENEFICIÁRIO JOSUE SANTOS DA SILVA

CPF/CNPJ: 89761243320

Posição em 14-07-2015 14:49:39

Pedido de indenização consta como negado em sistema. Para mais informações procure procure o local em que o pedido de indenização foi analisado (ver endereço acima).

Acessibilidade



Tradução em Libras

Leitura de Páginas

Atalhos de teclado

Acessibilidade

Como dar entrada

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentos despesas médicas
- Documentos invalidez permanente
- Documentos morte
- Onde dar entrada
- Dicas indispensáveis

Pague seguro

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Acompanhe o Processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
- Mapa do Site
- Dicionário do DPVAT
- Denuncie
- Imprensa
- Outros serviços
- Blog



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ-CE
FONE: (086) 3632.1119

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNS: _____ Registro: _____ Nº Prontuário: _____
Paciente: Ismael Santos da Silva DN: 18/04/19
Sexo: masculino Estado Civil: casado
Nome da Mãe: Mãe das Dores Santos da Silva Nome do Pai: Gregório Moura da Silva
Endereço: Barro São José Município: Viçosa do Ceará
Data / Hora do atendimento: 22/10/2014 15:47 Horas: _____
Profissão: aux. de contabilidade Religião: _____
Documento: RG: 99028049236 SSP CE

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Sinais Vitais:

PA: 110 x 80 MM Hg FR: Inc/min FC: Bat/min Temp: °C. Peso:

Queixa Principal: _____

HDA: Pat. crônico de re. musculares e/ou cardíacas

(A) N/D N/CC

(B) RE

(C) NE

(D) Glor. 15

(E) múltiplas lesões hereditárias em membros superiores + lesões em membros superiores e inferiores em membros e joelhos (E).

Exame Físico: _____

Hipótese Diagnóstica: Distrofia muscular

Diagnóstico Definitivo: _____

CID:

Dr. Paulo R. Vaz Pinto

Assinatura e Carimbo

C - Prescrição

22

Observação de E

Observação de Enfermagem

Dr. Paulo R. Vargas Filho
Médico
CRM-SP-15.722

Consumo de Material, Gases, Oximetria, etc.

02. Liga	h	Deslig.	h	Oximetria: Liga	h	Deslig.	h
Ar. Liga	h	Deslig.	h	Oximetria: Liga	h	Deslig.	h
Respirador Liga	h	Deslig.	h	Oximetria: Liga	h	Deslig.	h

Destino:

Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência:

Scanned with CamScanner