

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE:

NOME: Jose Ademir Cavalcante Silva		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Agricultor	C.P.F.: 658.169.863-68	
ENDEREÇO COM CEP: P.V. Assent. Belo Monte, 1221. - cep. 60.000-000		
BAIRRO: Oco da Picada	CIDADE: Caucaia	U.F.: ce

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130 com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, 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 ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Caucaia-ce, 02 de Outubro de 2019



OUTORGANTE

TESTEMUNHAS:


78090679315
CPF

Av. Godofredo Maciel, 2290. Loja 27. Maraponga, Fortaleza/CE.
(85) 3254-1865 atendimentofortaleza@luzaezevedo.com.br
R. Paulo Gomes da Silva, 226. Parque Soledade, Caucaia/CE.
(85) 9 9800-0785 / 9 8692-7703 / 9 9789-6272. atendimentocaucaia@luzaezevedo.com.br


CPF: 024.344.573-8

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 27/04/2020 às 15:55, sob o número 02250076720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0225007-67.2020.8.06.0001 e código 65C020B.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



Não Assina

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO FOTOCÓPIAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018086970 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/04/2018

NOME JOSÉ ATENIR CAVALCANTE SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ EDIMAR SILVA

ANTÔNIA VANZITA CAVALCANTE SILVA

NATURALIDADE UMARI - CE DATA DE NASCIMENTO 20/05/1972

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: AMANARI TERMO: 5402 FOLHA: 71 LIVRO: 01

01 MARANGUAPE - CE

CPF 658.169.863-68

RG: ANT: 332558998

P.: 4

1 VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2019111335

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1451 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/02/2019 10:17:15**
Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Complemento:
Bairro: **BOM PRINCIPIO** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POR TRAZ DO BOM PRINCIPIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ATEMIR CAVALCANTE SILVA**
Nascimento: **20/05/1972** CPF: **658.169.863-68**
RG: **20180869706** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTÔNIA VANZITA CAVALCANTE SILVA**
JOSÉ EDIMAR SILVA
Endereço: **RUA PV ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Bairro: **SITIOS NOVOS**
Município: **UMARI/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMP8847** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC1680FR566952 Renavam: **1041211209** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, pilotava sua moto acima descrita, quando derrapou na lama e caiu ao solo; que na queda o declarante quebrou o perna esquerda em duas partes; Que o declarante foi conduzido ao hospital municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico por meios próprios. Que diz o declarante não ser habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLEIDSOM PEREIRA FERNANDES - MAT.: 30119819

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu José Atmír Cavalcante Silva, inscrito(a) no CPF número 658.169.863-68, Registro Geral de número 20180869706, resido em propriedade localizada na Rua Assent Belo Monte, 1221, na cidade de Canacais, no estado de Ceará, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Canacais - ce, 02 de Outubro de 2019.



DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: José Almir Carvalho Silva		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Agricultor	DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1972	
C.P.F.: 658.169.863-68	R.G.: 20180869706	
ENDEREÇO: Pç. Assent Belo Monte, 1221		
BAIRRO: Boca da Picada	CIDADE: Caucaia	U.F.: ce
C.E.P.: 60.000-000	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Caucaia-ce, 02 de Outubro de 2019.



Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/10/19	HORÁRIO: 09:47	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()
PACIENTE: Jan Ademar Carvalho		
NOME DA MÃE: Jan Ademar Carvalho		
DATA DE NASCIMENTO: 1/1/	CARTÃO DO SUS: -	ÍNDIO: () SIM () NÃO
IDADE: 18	SEXO: M () F ()	RG: -
TELEFONE: -		
ENDEREÇO: Rua Santa Luzia	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE
BAIRRO: Bom Princípio	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE
FUNCIONÁRIO: -		

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA() PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL	
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

• CONT. PENLA @ HOJE
• 20m, EXATOS E DE
• PERÍODO DE EXPOSICÃO
• 0,5 ACUMULADO

DIAGNÓSTICO INICIAL: FX EXP T/3 @ 0300/1000

CONDUTA: INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Leandro Rêgo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12124

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Francisco Jocelino Dantas dos Santos

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg	PA: ____/____ mmHg
T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C	T: ____ °C
GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl	GLICEMIA: ____ mg/dl
FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm	FC: ____ rpm
SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %	SpO2: ____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

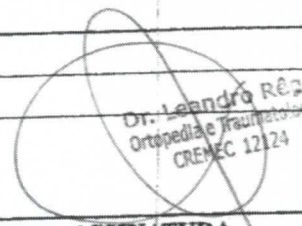
() ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO - MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 32967

NOME: <u>Jose ATEMIR CAVALCANTE SILVA</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>20.05.72</u>	IDADE: <u>46</u>	COR:	SEXO: <u>M</u>	ESTAD. CIVIL:	NATURALIDADE: <u>Umarizal</u>
Nº IDENTIDADE: <u>2018086970-6</u>		Nº CPF:		CERT. NASCIMENTO Nº:	
PAIS: <u>José Edimar Silva, Antonia Vanzita Cavalcante Silva</u>					Nº:
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Assentamento Belo Monte</u>					
BAIRRO: <u>Santa Luzia</u>	MUNICÍPIO: <u>Caucaia</u>			FONE: <u>96813270</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Raimunda Dantas dos Santos</u>					
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: <u>15/01/19</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>13:50 h</u>		FUNCIONÁRIO: <u>Rta</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>cont. pontua @</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Don, edent e DEF</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>PX EXP pontua @</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
 Dr. Leandro Rêgo Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12124 ASSINATURA					



CAUCAIA
Secretaria de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ADELARDO

fls. 19

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR-A.I.H.**

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ADELARDO
CADELINHA DA ROCHA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE ADEMIR CAVALCANTE SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

32967

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20.05.72

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 9.689 3372

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antonia Vanzita Cavalcante Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Assentamento Belo Monte, Santa Luzia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

33.03.70

15 - UF

16 - CEP

61600000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com 48h portador de fratura
exposta de osso da perna esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ALAMNOS EXAMETSCO E RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta perna

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DEBILITAMENTO E OSTEOSSÍNTESE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPE

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

000 199 111 323

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adelmo Rêgo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Adelmo Rêgo
Ortopedia e Traumatologia
CREME 12124

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/01/19

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>José Atermi Cavalcante Neto</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia <u>15/10/19</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião <u>Dr. Marcos Aureli</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Rafael Cavalcante</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Dr. Andre</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura exposta de fêmur dos ossos da perna</u>			
Tipo de Operação <u>Tratamento cirúrgico de fratura exposta de ossos da perna</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>sem</u>			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura			
Material Empregado - Aspecto - Visceras			
① Paciente a decubito dorsal sobre a tábua ② Anestesia + antiespasmódico + aspiração de sangue ③ Desbridamento de todos os tecidos desvitalizados + lavagem extensiva com SF277 de fratura exposta de ossos da perna ④ Fixação de fêmur com fixador externo prático ⑤ Sutura do lençol ⑥ Curativo ⑦ na JRA			

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.570/RQE-8560/TEOT: 16.316

VÍTIMA JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA
CPF/CNPJ: 65816986368

Posição em 13-04-2020 11:14:44

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 27/04/2020 às 15:55 , sob o número 02250076720208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0225007-67.2020.8.06.0001 e código 65C021D.