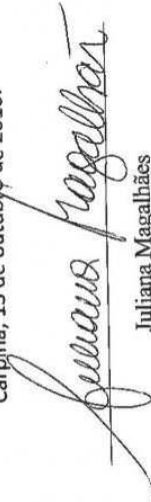


SUBSTABELECIMENTO

JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE nº 22.820, com endereço profissional na Rua Padre Rocha, nº 177, Carpina-PE, CEP 55815-141, substabelece os poderes constantes da procuração dos autos, com reserva, **NÁDILA KELLY PEREIRA DA SILVA, OAB/PE 41.695** - **D**, com endereço profissional na Rua Padre Rocha, nº 177, Carpina-PE, CEP 55815-141.

Carpina, 13 de outubro de 2016.



Juliana Magalhães

OAB/PE Nº. 22.820



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº. 7.262.684 expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº. 094.600.064-69, residente e domiciliado na Rua U, nº. 27, Bairro Carneiro Leão, Carpina/PE, CEP: 55.814.150.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820-D, com endereço profissional na Rua Padre Rocha, nº 177, Bairro São José, Carpina-PE, endereços eletrônicos jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

Carpina, 05 de Maio de 2017.



Outorgante



TERMO DE CARÊNCIA JURÍDICA

ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº. 7.262.684 expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº. 094.600.064-69, residente e domiciliado na Rua U, nº. 27, Bairro Carneiro Leão, Carpina/PE, CEP: 55.814.150. **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto e 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina, 05 de maio de 2017.



ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO

CPF/MF sob o nº. 094.600.064-69



TERMO DE RESPONSABILIDADE

ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Identidade sob o RG nº. 7.262.684 expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº. 094.600.064-69, residente e domiciliado na Rua U, nº. 27, Bairro Carneiro Leão, Carpina/PE, CEP: 55.814.150. **Declaro** para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

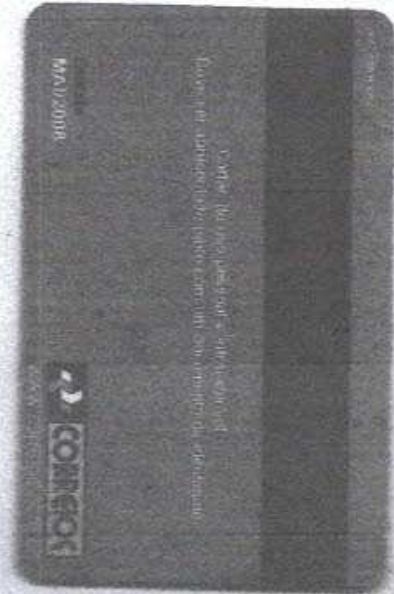
Carpina, 05 de maio de 2017.



ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO

CPF/MF sob o nº. 094.600.064-69







União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE BASTA ELETTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Manoel, Pernambuco - CEP 52060-902
 CPU 1525552001-08 | Ins. Est. 00094-09 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA INES DE ANDRADE RAMOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA U 27

CPF: 815 806 944-20 NIS: 12277507643

CARNEIRO LEAO CARPINA
 CARPINA PE
 55014-150

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
 BARRA RENDA COM NIS
 Monofásico

SP DA UNIDADE FISCAL	ANEXO	PERÍODO
00022198	ONCA	06/07/2016
APRESENTAÇÃO	SP DO CLIENTE	SP DA REGULAÇÃO
06072016	3082317714	718230

CÓDIGO CONSUMO	MÊS
7002678881	07/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
13/07/2016	05/08/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	15,19

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18007930	4,57
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	27,0000000	0,20454704	8,26
Contribuição de Iluminação Pública			3,86
TOTAL DA FATURA			15,19

RESUMETIVO DE CONSUMO NOTA FISCAL

SP	SP DA UNIDADE FISCAL	ANEXO	PERÍODO	SP DO CLIENTE	SP DA REGULAÇÃO	CONSUMO (kWh)	CONSUMO (R\$)
00022198	CAT	MONOFÁSICO	06/07/2016	3082317714	718230	13,79	5,28

ANÁLISE DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)	%	Valor (R\$)
Jul 16	13,79	1,57	6,17
Jun 16	11,23	7,28	4,28

CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA

Contribuição	Valor (R\$)	%
Grupo de Energia Transmissão	5,57	40,00
Grupo de Energia Distribuição	3,20	20,87
Energia Distribuída	1,26	11,20
Impostos	0,86	5,70
Total	10,89	71,83

Consumo Ativo até 30 kWh
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Revisão de Medição e Instalação de Medidor: Verificar Medidor e Instalação no endereço informado. Registrar em cartão de medição e enviar para a Companhia Energética de Pernambuco. O cliente deve manter o endereço informado atualizado. O cliente deve manter o endereço informado atualizado. O cliente deve manter o endereço informado atualizado.

ANÁLISE DE CONSUMO

COD	DESCR	QUANT	PREÇO UNIT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
001	CONSUMO	30	0,15	4,50	4,50
002	CONSUMO	27	0,30	8,10	8,10
003	CONTRIBUIÇÃO				2,59
TOTAL					15,19





SAMU
192

PREFEITURA DE CARPINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



PREFEITURA DE
CARPINA
A CIDADE DO JEITO QUE O POVO QUER

o.te:

LATOT
BOSTONOR
21

FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 17.30 H
CHEGADA AO LOCAL: H
HORA DA CONCLUSÃO: H

DATA DA SOLICITAÇÃO: 02, 08, 16 HORA DA OCORRÊNCIA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente de moto VIATURA: UTI () BÁSICA (X)

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA (X) DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO e Filhos

NOME DO PACIENTE: Adilson da Silva Ramos IDADE: 26 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: Lot. FONE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Carmino Leão 51h BAIRRO: l. Leão
NOME DO SOLICITANTE: Vânia FONE:
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: PE 30 BAIRRO: Carpina-PE
REFERÊNCIA: menino a Bruna Equipadora

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO () MOTOCICLETA () PLACA:
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANCO DE TRÁS () BANCO DA FRENTE () USO DO CINTO S () N ()
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA (X) PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE S (X) N ()
AFOGAMENTO: SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA () QUEIMADURA: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
QUEDA: () ALTURA APROX. METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: ARMA BRANCA () TIPO:
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR:
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: paciente vítima de acidente de moto
com sangramento nasal, consciente e orientado
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA:

AValiação CLÍNICA

VIAS AÉREAS: FR DISPNEIA: S () N () TIRAGEM INTERCOSTAIS S () N ()
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S () N () BAN: S () N ()
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N () 108 mg PE
DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMISO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALACHORO: S () N ()
CIRCULAÇÃO PA20x70 PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO:
COLORAÇÃO DA PELE: NORMAL S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N () ICTÉRIO: S () N ()
PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N () SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N ()



EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMÁRIA: ALERTA () RESPOSTA VERBAL () RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW
ABERTURA OCULAR
Abertura ocular espontânea
Abertura ocular à voz
Abertura ocular à dor
Sem abertura ocular

4
3
2
1

RESPOSTA VERBAL
Orientado
Confuso
Resposta impropriedade
Sons ininteligíveis
Sem resposta verbal

5
4
3
2
1

RESPOSTA MOTORA
Obedece comando
Localiza estímulo doloroso
Retirada ao estímulo doloroso
Flexão anormal (decorticação)
Extensão anormal (descorticação)
Sem resposta motora

6
5
4
3
2
1

TOTAL
PONTOS

15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DÉFICIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFICULDADE NA FALA ()
AValiação DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIASE () MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESEÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N () FRATURA PÉLVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N () FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()

OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () CPAP ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FI02

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL S () N ()

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N ()

OUTRAS CONDUTAS

MEDICAMENTO / MATERIAL PENSO USADO

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

HÁLITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÊNCIA/AGITAÇÃO () ALTERAÇÃO NO HUMOR () RISOS, CHORO, IRRITAÇÃO

USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

LOLÔ () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-PERFUME () ANFETAMINA () ÉXTASE ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: Uln e

MÉDICO QUE RECEBEU: Dr. Mateus ASSINATURA: _____

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N ()

MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: _____

MÉDICO ASSISTENTE: _____

ENFERMEIRA: L.

SOCORRISTA: Rivara

MOTORISTA: Camilo

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: _____

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica.

Data: 1/1

Assinatura: _____





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0070

Prontuário: 00049367-8 Idade: 26 ANOS, 8 MESES E 11 DIAS
 Nome: ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO Dt. Nasc.: 22/11/1989 Sexo: M Est. Civil:
 Endereço: CARNEIRO LEÃO CEP:
 Cidade: CARPINA/PE Bairro: Nac:
 Documento: CNS: Sis prenatal: Tel.:
 Mãe: MARIA INES DE ANDRADE RAMOS Pai:
 Profissão: Responsável:

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
02/08/2016 17:06	0070319	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	HGT	Pulso	Peso	Assinatura
17:12	120 x 70	108 mmHg			

Queixas / Diagnóstico
 Paciente trazido pelo SAMU com
 histórico de queda de moto,
 cheq. em sala de emergência
 sem trauma, não

Tratamento
 1- Analgésico
 2- SRL local
 3- Tmef. PI
 UNIMED

H/D: Acidente de moto

Exames complementares *Alup* Impressão diagnóstica CID

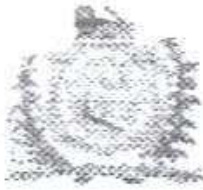
Motivo da saída:
 Residência Internado
 Justificativa:
 Encaminhado:
 Removido:
 Óbito:
 às ____ h ____ m do dia ____

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data da impressão: Terça-feira 02 de Agosto de 2016 às 17:08 Responsável: FIDVÂNIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA -
DP45ªCIRC DINTER1/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0135002570**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/08/2016** às
13:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **2/8/2016** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **PROXIMO A ACADEMIA HI -
CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARPINA, 01 -
Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
**VEICULO: (Outros meios), que estava em posse do(s) Sr(a): ADILSON DA
SILVA RAMOS FILHO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão.
MARIA INES DE ANDRADE RAMOS Pai: ADILSON DA SILVA RAMOS Data de Nascimento:
22/11/1989 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA U CARNEIRO LEÃO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICIPIO DE CARPINA, 27 - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO -
CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO - BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO, que
estava em posse do(a) Sr(a): ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO**
Capacidade/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIV9774 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 806649733
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2007

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA EM SUA MOTO DE PLACA KIV 9774 QUANDO AOA PASSAR O QUEBRA-NO TENTOU DESVIAR DE UM PEDESTRE MAS NÃO DEU TEMPO, A VITIMA DIZ QUE FOI RESCATADO PELO SANU PRA UNIDADE MISTA E TRANSFERIDO PARA UNIMED RECIFE DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Adilson da Silva Ramos Filho
ADILSON DA SILVA RAMOS FILHO
(VITIMA)

Harcia
B.O. registrado por: HARCIA CRISTINA DA SILVA - Matrícula: 318665-8

11/08/2016 13:13



UNIDADE MISTA
FRANCISCO CHATEAUBRIANT

Av: Conselheiro João Alfredo

Carpina - PE / CEP: 55.810

Adilson da Silva Reis Filho

À Emergência UNMED

Paciente 26 anos com história de
Acidente de moto e trauma facial
chegou com queixa de dor na face e
sangramento nasal
Ao exame: E6 Ref, cor clara, orientado
em nível 2
D.V., A.R. A37. NDA SN: 6/12/18
Hx: Trauma por acidente de moto

02/08/16

Dr. Mateus Cajul
Médico
CRM-PE 22.805





DPVAT

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

98

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO	541893	*****	*****	DATA DA ENTRADA	02/08/16	HORA	20:50:00
-------------	--------	-------	-------	-----------------	----------	------	----------

QUEIXA PRINCIPAL Paciente vítima de colisão moto há 03 dias nega perda de consciência ou vômitos, relata epistaxe e dor na coluna

DATA DA CIRURGICA	*****	HORA	*****	DATA DA ALTA	03/08/16	HORA	00:18:00
-------------------	-------	------	-------	--------------	----------	------	----------

PACIENTE	Adilson da Silva Ramos Filho	SETOR	urgencia
----------	------------------------------	-------	----------

MÉDICO	Emergencia	Dr. Rodrigo Guido de Araujo	CRM	15062
CIRURGIÃO	1ª AUXILIAR	*****	CRM	*****
	2ª AUXILIAR	*****	CRM	*****
	3ª AUXILIAR	*****	CRM	*****
INSTRUMENTADOR	*****	*****	CRM	*****

DIAGNOSTICO	Contusão Lombar Esq + Nasal + Cranio + Mão Dir.
-------------	---

CID	V09.0
-----	-------

CIRURGIA REALIZADA	TTO Conservador de Fratura de Ossos Nasaais + Tamponamento Nasal Antero - Posterior ao Consultorio
--------------------	--

OBS: CONFORME DADOS NO PRONTUÁRIO

RECIFE, 10 DE Novembro DE 2016

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS
Dr. PEDRO AQUINO
CRM-PE 3985

Pedro de Aquino
CRM-PE 3985
Presidente da Comissão de Prontuários e Óbitos

