



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Ruon Silva Campos</u>		Data Nasc: <u>29/02/1996</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Auto'menu</u>	Nacionalidade:
RG: <u>2008 52 52 2780</u>	CPF: <u>007 979 622 65</u>	
Endereço: <u>Rua G, 1057</u>		CEP:
Cidade: <u>Fortaleza</u>		

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 31 de junho de 20 17.

Ruon Silva Campos  
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16, sob o número 01125024120178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.





CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,  
Ruan Silva Campos, residente e  
 domiciliado na Rua G, nº 1057,  
 bairro: Duas Moadas na cidade de Fortaleza, portador(a) do  
 RG nº 200852522780, inscrito(a) no CPF nº 02797962265,  
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu  
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que  
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que  
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com  
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 31 de junho de 20 17.

Ruan Silva Campos  
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Ruan Silva Campos, brasileiro(a), solteiro, portador(a) de cédula de identidade nº. 200852522780, inscrito(a) no CPF sob o nº 027979662265, DECLARO que tenho domicilio e sou residente na Rua G, nº 1057 Bairro Dias Mocado, CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 31 de junho 2017.

Ruan Silva Campos

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16, sob o número 01125024120178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6303 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **22/08/2016 16:42:36**  
 Data / Hora da Ocorrência: **07/08/2016 14:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MARECHAL BINTERCOUNT**  
 Complemento:  
 Bairro: **DIAS MACEDO** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **PROX. AO QUARTEL DO EXERCITO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **BRENA SANTOS DA SILVA**  
 Nascimento: **29/02/1996** CPF: **620.390.693-05**  
 RG: **20089541868** Orgão Emissor: **SSPDSCE** UF:  
 Filiação: **ANTONIA MARIA SANTOS DA SILVA**  
**ANTONIO ROGERIO GOMES DA SILVA**  
 Endereço: **RUA G (CONJUNTO NOVO RENASCER), 1057 CASA ALTOS**  
 Bairro: **DIAS MACEDO** CEP: **60.860-4**  
 Município: **FORTALEZA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **98418-8664**

Nome: **RUAN SILVA CAMPOS**  
 Nascimento: **27/12/1993** CPF: **027.979.622-65**  
 RG: **20085252780** Orgão Emissor: **SSPDSCE** UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA APARECIDA MARQUES DA SILVA**  
**PEDRO PAULO SOARES CAMPOS**  
 Endereço: **RUA G ( CONJUNTO NOVO RENASCER), 1057 CASA ALTOS**  
 Bairro: **DIAS MACEDO** CEP: **60.860-4**  
 Município: **FORTALEZA/CE**  
 País: **BRASIL** Telefone: **98951-4891**

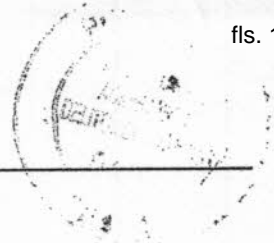
**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE RUAN SILVA CAMPOS(VITIMA) POSSUI HABILITAÇÃO CNH 06080472494, DETR CEARÁ, CATEGORIA "AB". QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DA MARIANA HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA HYJ1563/CE, COR BRANCA, ANO 2008/2009 E LICENCIADO EM NOME DE RAYAN SILVA CAMPOS. QUE BRENA SANTOS DA SILVA(VITIMA) ERA A GARUPEIRA. QUE TRAFEGAVAM PELA AVENIDA MARECHAL BINTERCOUNT QUANDO REPENTINAMENTE UM VEICULO DE PLACA OCD1927 AO REALIZAR UM RETORNO COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS. QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL. QUE AS VÍTIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADOS. QUE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES E LEVADOS PARA A URBEM DO ITAPERI. AFIRMA O DECLARANTE QUE CONDUZIA TAMBEM UM MENOR VEICULO MOTO NA HORA DO SINISTRO. QUE A MOTO FICOU DANIFICADA. E NA HORA MAIS DISSE.//  
 OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;  
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

Ruan

Brena

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16, sob o número 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6303 / 2016**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 16. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*[Signature]*  
**ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Bruna Silva Campos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**

*a Bruna Santos da Silva.*

MARTINS  
 F. Antero, 470  
 de Autenticidade

ESTA FOTOCÓPIA CONFERE  
 COM O ORIGINAL.

19 SET. 2016

JOÃO OLIVAR LOPES DA SILVA  
 Escrevente Autorizado

DECLARAÇÃO DE VERDADE

CLÁUDIO MARTINS  
 TABELIÃO

03 EIRB  
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
 ESTADO DO CEARÁ  
 AUTENTICAÇÃO  
 No. HB 427016



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 12/09/2016 13:3:51

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento Emergencial**

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 07/08/2016 17:13:29

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 701802221345172	NOME: RUAN SILVA CAMPOS	Registro: 5459680
CPF:	RG:	D. NASC: 27/12/1993
		ESTADO CIVIL:
		SEXO: M
		RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA MARQUES DA SILVA	NOME DO PAI: PEDRO PAULO SOARES CAMPOS	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: G	Nº: 1057
		BAIRRO: DIAS MACEDO
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 989514891	MUNICÍPIO: FORTALEZA
		UF: CE
		CEP: 60864310

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: RUAN SILVA CAMPOS	PARENTESCO:	TELEFONE:
-------------------------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta

QUEIXAS: queda de moto ha 2 hs trauma dedo pe

OBSERVAÇÕES: fx pe dor moderada

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF  
 RAE TIRADA  
 PELO SISTEMA E-SUS  
 DATA 12/09/2016  
 MATRICULA 13826  
 Eduardo Moreira  
 SERVIDOR(A)

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	--

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16, sob o número 01125024120178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

NOME DO PACIENTE <b>RUAN SILVA CAMPOS</b>		DADOS PESSOAIS		Nº DO ATENDIMENTO Nº DO BOB 5.22481 141916	
CADSUS		DATA DE NASCIMENTO 27.2/1993(22)		RAÇA NAO INFORMADO	
NOME MÃE <b>MARIA APARECIDA MARQUES DA SILVA</b>		ENDEREÇO <b>RUA G1057 CONJ. RENESKER DIAS MACEDO</b>		UF <b>CE</b>	
CONTATO		CEP <b>NI</b>			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA <b>QUEDA DE MOTO COM TRAUMA PERNA DIREITA E FRATURA EXPOSTA NO 2º P.D. VINDO DO IJF CENTRO</b>		MOTIVO <b>CONDUTANTE DE MOTO</b>			
SINTOMAS <b>NI</b>					
SINAIS VITAIS					
PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICÊMIA <b>NI</b>	
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NÃO</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>GERMANIA R DE SANTANA DE FIGUEIREDO</b>		DATA DE VALIDADE <b>07/03/2016</b>	
CLASSIFICAÇÃO <b>AMARELO</b>		ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO <b>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA</b>		ATENDIMENTO MÉDICO			
<p><i>Fratura exposta 2º pé direito intenso para cirurgia</i></p> <p><i>intenso para cirurgia</i></p>					
DIAGNÓSTICO					
SADT SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO <b>323290200</b>		ANESTESIA		OBSERVAÇÕES	
<p><b>Dr. Miguel Ricardo B. Moraes</b> Traumatologista CRM - CE 4299</p>					
TIPO DE ATENDIMENTO					
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por GERMANIA R DE SANTANA DE FIGUEIREDO em 07/08/2016 às 22:08:16  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 9º do Código Penal.

*Ruan Silva Campos*  
ruan.silva@ce.gov.br

**CONFERE COM ORIGINAL**  
**19/08/2016**

*[Assinatura]*  
Chefe de Serviço  
Data: 18/08

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16, sob o número 01125024120178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.

ITAPERI

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RUAN SILVA CAMPOS  
Data Nasc.: 27/12/1993 Idade: 22 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)  
Mãe: MARIA APARECISA DA SILVA  
Endereço: RUA G  
Prontuário: 123740 Admissão: 07/08/2016  
Sexo: Masculino RG:  
Telefone: ()  
Bairro: DIAS MACEDO CEP: 60000-000

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: ANA MARIA PEREIRA MACIEL Horário: 14:17  
Queixa: escoriação e ferimento em midir, dor abd e ombro esq após queda de moto hj  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminador: DOR INTENSA  
Risco de Não Alergia: Não Dengue Não Primeiro sintoma  
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

### ALERGIAS

Descrição:

### ATENDIMENTO

Médico: KARISIA PAOLA MELO DE SOUZA CRM: 15598 Nº Atendimento: 274142 P.A.:  
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO Acidente: Não Agressão: Não Peso:  
Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO Comorbidade:  
PE  
HDA/Exame Físico:  
PCTE REFERE QUEDA DE MOTO HÁ POUCOS MINUTOS, COM COLISÃO MOTO-CARRO. APRESENTA VARIAS  
ESCORIAÇÕES E LESOES COM SANGRAMENTO ATIVO EM 2º PODODACTILO DE PÉ ESQUERDO.  
EXAME FÍSICO: EGB, AAA, EUPNEICO, ORIENTADO

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
07/08/2016 14:17:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	ANA MARIA PEREIRA MACIEL

### EXAME

RAIO-X PE D AP/OBLIQ (0204060150)

Médico: KARISIA PAOLA MELO DE SOUZA

Data: 07/08/2016 14:28

Prescrição

Aprazamento

LIMPEZA DAS LESÕES E CHAAMR PLANTONISTA PARA AVALIAR

DIPIRONA 01 FA IM

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

**UPA ITAPERI**  
Confere com o original  
Data: 15/08/2016  
  
Funcionário  
Matricula: 300007

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/02/2017 às 10:16 , sob o número 04425024420478060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112502-41.2017.8.06.0001 e código 2927E8F.

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) RUAN SILVA CAMPOS, IDENTIDADE Nº 20085252780, esteve em observação nesta Unidade de Pronto Atendimento 24h no dia 07/08/2016, no período da TARDE

Fortaleza, 11 de Agosto de 2016

  
Danielle Cláudio de Brito  
Assistente Social  
CRESS - 3ª Região/CE 2570

---

DANIELLE CLAUDIO DE BRITO  
2570 CRESS