



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, brasileiro, solteiro, padeiro, portador da Cédula de Identidade nº 62.232.421, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 231.952.648-84, residente e domiciliado no Loteamento Adailton Soares Teixeira, s/n, centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

CONTRATO HONORÁRIOS: No caso de êxito da presente demanda, a outorgante pagará ao advogado outorgado a importância correspondente a 30% (trinta por cento) da quantia bruta recebida pelo proveito econômico decorrente da presente demanda, ficando desde já autorizado o respectivo desconto.

Itaporanga/PB, 04 de Agosto de 2017.

OUTORGANTE

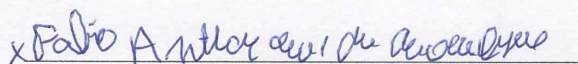
Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Eu, **FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO**, brasileiro, solteiro, padeiro, portador da Cédula de Identidade nº 62.232.421, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 231.952.648-84, residente e domiciliado no Loteamento Adailton Soares Teixeira, s/n, centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

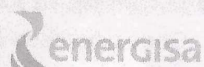
Itaporanga/PB, 04 de Agosto de 2017


Declarante





JUBERLANDIO VIRIATO RODRIGUES
LOT ADAILTON SOARES TEIXEIRA, S/N - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 58760000 (AG: 154)



Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 10 - 154 - 40 - 6120
Nº medidor: 00008214535

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-880
CNPJ 08 086 163/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 769 954
Código para Débito Automático: 00013346812

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a U- (Unidade Consumidora): 5/1334681-2

Fev / 2017

Canal de contato

Apresentação

14/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

17/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

2930715430
Insc. Est.

Faturas em atraso

06/02/2017 14,00

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

17/01/17 8054 14/02/17 8081 1 7 28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			13,20
PIS			0,15
COFINS			0,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CUSTO DE EMISSÃO DE 2ª VIA 11/2016			2,71
JUROS DE MORA 11/2016			0,23
JUROS DE MORA 12/2016			0,09
MULTA 11/2016			n 27





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 394 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 09 / Maio / 2017 . HORAS -Meio Dia (12hs).

Sob a responsabilidade do Del.Pol: IVALDO PEDRO DE ARAUJO DIAS

Notificante/Vítima:

FABIO ANTONIO DA CONCEIÇÃO, brasileiro, natural de Brasília/DF, Solteiro, Padeiro, nascido no dia 16/05/1980, filho de Maria-de Lourdes da Conceição, portador do RG Nº. 62.232.421-4/1ª via/SSP/SP, CPF 234.952.648-84, residente no Loteamento Adailton Soares Teixeiras/n centro Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, retornava de Pedra Branca para Itaporanga, pela Rod.PB 356, pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA NQD4245/PB e CHASSI 9C2JC4110AR617232, em nome de MANOEL ANTONIO DA SILVA FILHO e em um trecho desta Rodovia precisamente em uma curva, deparou-se com outro motorista manobrando na mão em que o notificante trafegava, ocasionando a colisão, sendo socorrido pelo SAMU.

Itaporanga (PB), 10 / Junho / 2017

Fábio Antonio da Conceição
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 60266-5
CHEFE DE CARTÓRIO



SINISTRO 3170370005 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

CPF/CNPJ: 23495264884

Posição em 08-08-2017 10:34:37

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
09/08/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.776.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 26

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO

Mae: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

Nascimento: 18/5/1980 Idade: 36 Cor: PARDA

Profissao: AUTONOMO(A)

Endereco: PROJETA DA

Bairro: BELA VISTA

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002

CNS: 801-4343-4401-6896

Identificac: 622324214

CPF: 9/5/2017 16:32:45

Reg. Nasc.: Recepcionista: JUCIELE

Data / Hora: 9/5/2017 16:32:45

Ficha Numero: 204835

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

BB em bom estado de saúde
de saúde física

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

☐ 01 - ELEIVO

☐ 02 - URGENCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Acidente de trânsito

CID-10

MEDICACAO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVACAO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDENCIA

☐ OUTRO

☐ INTERNACAO

SERVIÇOS REALIZADOS: CODIGO / PROCEDIMENTO

1-	0	3	0	3	0	2	0	1	2	0
2-	0	2	0	5	0	2	0	0	4	6
3-										

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carimbo

Médico / Cmo / Cns

ERICO DUARTE DE ALENCAR - 5491 - 980-0160-0202-3475

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU - 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 15818

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: 09/05/17 ID: 145 Paciente: FABIO ANTONIO CONCEICAO Idade: 39 Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: _____ Bairro: _____ Médico Regulador: _____

HORA: 12:40

Apoio no Local: ☐ PM Resgate/Bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☒ Nenhum ☐ Outro _____

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro _____

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	Alergia:
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase Afogamento/Afogamento	Medicação:
<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
<input type="checkbox"/> F.A.F	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pele Fria ☐ Pele Úmida ☐ Isocórico ☐ Anisocórica ☐ Miótica ☐ Dor
☐ Midríase ☐ Dispneico ☐ Taquipnéia ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ Fratura ☐ Contusão ☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: _____

Queixas Principais/ Sinais e Sintomas: _____

Transferência/Destino: _____

Local: _____ Responsável: Dr. Galvânio Mendes de S. Filho Função: _____
Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 1519

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☐ > 30irpm Perfusão Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

P.A.: 150x90 mmHg FC: 72 bpm FR: 16 irpm Spo₂: 98 % T: _____ Glicemia Capilar: _____ mg/dl Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia ☐ Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒
☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão
respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão tissular Gastrointestinal
Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐
Intenção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

Intervenções: _____

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de acidente motorístico, com escoriações nos membros
inferiores, com fratura de clavícula, consciência preservada, o mesmo
foi socorrido por terceiros, chegando o SAMU-016 e prestando os
serviços necessários e encaminhando para avaliação de especialista.

Identificação da Equipe:

Médico:

Enfermeiro(a): JUNIOR LACROIX

Téc. De Enfermagem: CARMEM

Condutor: JUNIOR

CRM:

COREN: 368.900

COREN: Maria Carmem Julia Barros de Sousa

Téc. de Enfermagem

COREN-PB 1519



Encaminhamento:

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa:**Nome:** _____**Assinatura:** _____**RG/CPF:** _____**Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):****Evolução Clínica:****Diagnóstico Médico:** FRATURA DE CLAVÍCULA

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaringea ☐ Cricotireidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical ☐
Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros _____
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)**Exame Gineco-Obstétrico:** _____☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEL		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
HIDRATAÇÃO		8

BPA/Procedimentos**USA - 03:**

Código	03.01.03.009-0
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
Código	03.01.03.017-0
Procedimento	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de suporte Avançado de vida Terrestre (USA)

BPA/Procedimentos**USB - 06:**

Código	03.01.03.010-3
Procedimento	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
Código	03.01.03.013-8
Procedimento	SAMU 192: Transporte Inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de vida Terrestre(USB)

Procedimento: _____ **Quantidade:** _____**CBO: Enfermeiro:** _____ **Técnico:** _____ **Médico:** _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Roberto Antonio</u>	
DA CLÍNICA A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u> </u> LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Tratamento de fratura de fêmur em</u> <u>colunelo (D)</u>	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) <u>Dr. Carolina Mendes de S. Filho</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-PB 7519</u>
DATA <u>09-05-17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>[Assinatura]</u>
PARECER: <u>Caro Dr. Roberto</u> <u>Periódico de exames de rotina com</u> <u>positivos exames de sangue e</u> <u>com exames de urina e outros</u> <u>exames.</u> <u>Não há alterações em exames.</u> <u>Exame de urina: 1/2000 P. 1/2000.</u>	
DATA <u>09-05-17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>[Assinatura]</u>





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: HRPianos PB

Para: HRPotos

Paciente: Fabris Antonio da Conceição

Endereço: _____

Diagnostico: fratura de clavícula D

Foi realizado Rx de antmo e Analgesia.

Motivo da Transferência

Não dispomos de ortopedista no hospital.

Veículo Recomendado: Amfifoneia

Dr. Haroldo Magalhães de Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 8908

Data: 9 / 5 17





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Helianes PB

Para: HRP 13

Paciente: Fabris Antonio da Conceição

Endereço: _____

Diagnostico: fratura de Clavícula D

Foi realizado Rx de ombro e Analgesia.

Motivo da Transferência

Não dispor de ortopedista no hospital.

Veículo Recomendado: Ambulância

Dr. Haroldo A. de C. Pinto
MÉDICO
CRM-PB 8908

Data: 9 / 5 17

