



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.

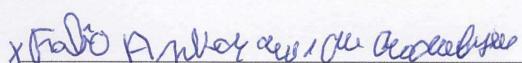
OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicia 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 22/01/2018 14:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012214481968600000011909845>
Número do documento: 18012214481968600000011909845

Num. 12181441 - Pág. 1

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

x Fábio Antônio da Conceição

Declarante





JUBERLANDIO VIRIATO RODRIGUES LOT ADALTON SOARES TEIXEIRA, S/N - CENTRO (ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG 154))		energisa	
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br 230, Km 25 - Cristo Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58071-680 CNPJ 09.085.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0 Referencia Fev/2017 Nº medidor 00008214636 Emissao 14/02/2017 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NXXU 769 954 Código para Débito Automático: 00013344812			
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	Anterior	Atual	Constante
2930716430 Insc. Est	17/01/17 6054	14/02/17 6081	1
Faturas em atraso			
06/02/2017 14,00	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		0,27	

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^a Superintendência Regional de Polícia
17^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga-PB



GOVERNO DA PARAÍBA



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 Brasi-
lia/DF, Solteiro, Padeiro, nascido no dia 16/05/1980, filho de Maria-
de Lourdes da Conceição, portadordo RG Nº. 62.232.421-4/leavia/SSP/SP,
CPF 234.952.648-84, residente no Loteamento Adailton Soares Teixeira-
s/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 Ita-
poranga, pela Rod.PB 356, pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS,
COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA NQD4245/PB e CHASSI 9C2JC4110AR617232, en-
ome de MANOEL ANTONIO DA SILVA FILHO e em um trecho desta Rodovia pre-
cisamente em uma curva, deparou-se com outro motorista manobrando na m-
em que o notificante trafegava, ocasionando a colisão, sendo socorrido
pelo SAMU.

Itaporanga (PB), 10 / Junho / 2017. Fábio Antônio da Conceição
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA / MAT. 60268-5
AHEFE 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 PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268.0023/076

CNES: 2605473

ENDERECO: HOSPITAL REGIONAL DEP JANUÁRY CARNEIRO

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARÁIBA

UF: 25

01 - ELETIVO

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

Sexo: M

Num.:

Fone:

Identidade: 622324214

Reg. Nasc.: 94276

Profissional: JUCIELE

Ficha Número: 204635

Data / Hora: 09/05/2017 16:32:45

CID-10:

Local:

Diagnóstico:

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

MEDICAÇÃO

 1. PRESCRITA 2. APlicada OBSERVAÇÃO OUTRO HOSPITAL ENCAMINHAMENTO RESIDÊNCIA ÓBITO INTERNAÇÃO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CID-10:

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

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

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cm / Chs

PRICO DJAN CORTE DE ALENCA - 5491 - 580-0160-0202-3475

ASS. PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Pedalar Direito

CBO

Assessoria Técnica - carimbo

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

RESULTADOS

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

SAÚDE									
ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE									
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL									
CNPJ: 08.778.268.0023/076	CNEN: 2605473	ENDERECO: HOSPITAL REGIONAL DEP JANUÁRY CARNEIRO	CIDADE: PATOS	ESTADO: PARÁIBA	UF: 25	01 - ELETIVO	02 - URGENCIA	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	CARÁTER DO ATENDIMENTO
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)									
Paciente: FABIO ANTONIO DA CONCEICAO	Mae: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO	Nascimento: 16/01/1980	Idade: 36	Profissao: AUTONOMO(A)	Endereço: PROJETADA	Local: BELA VISTA	Identidade: 622324214	Reg. Nasc.: 94276	Sexo: M
Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002	CNS: 801-4343-4401-6996	CPF: 999.999.999-99	Data / Hora: 09/05/2017 16:32:45	Recepionista: JUCIELE	Ficha Número: 204635	Local:	Diagnóstico:	Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo	Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)									
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo									
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)									
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo									
RESULTADOS									
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo									



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR VSB/IB

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 12:40

Data: <u>09/05/17</u>	ID: <u>145</u>	Paciente: <u>FABIO ANTONIO CONCEIÇÃO</u>	Idade: <u>39</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência:	Bairro:	Médico Regulador:		

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 AGRADO/ NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Transito	<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

<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Miótica	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hematâmesis	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de Ferimento e Local:

Queixas Principais/ Sinais e Sintomas:

Transferência/Destino:

Local: _____

Responsável: _____

Função: _____

Sinais Vitais:

*Dr. Gaudêncio Magalhães de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519*

VVAA: Livre Obstruída Respiração: < 30 irpm > 30irpm Perfusion Capilar: Retardada NormalP.A: 150x90 mmhg FC: 72 bpm FR: 16 irpm SpO₂: 98 % T: _____ Glicemia Capilar: _____ mg/dl Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

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

Intervenções:

Evolução de Enfermagem:

paciente vítima de acidente motoriçístico, com escoriações nos membros inferiores com fratura de clavicula, consciente orientado, o mesmo foi socorrido por terceiros, chegando o SAMU-016 e prestando os primeiros auxílios e encaminhado para o hospital de maior complexidade. e encaminhado CRM:

Enfermeiro(a): JUNIOR MAGALHÃESCOREN: 363-900Téc. De Enfermagem: CARMEMCOREN: Maria Carmem Julia Barros de SousaCondutor: JUNIORTéc. de Enfermagem:

COREN-PB 14-542



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: FRACTURA DE CERVICAL

Procedimentos Realizados: Desobstrução vias áreias Intubação Naso/Orotraqueal Cânula Orofaríngea 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)****ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

		VISÃO	
		Esponhánea	4
Abertura ocular	À voz	3	
	À dor	2	
	Nenhuma	1	
		ORIENTAÇÃO	5
Resposta verbal	Orientada	4	
	Confusa	3	
	Palavras inapropriadas	2	
		Palavras incompreensíveis	1
		Nenhuma	
		MOTORA	6
Resposta motora	Obedece comandos	5	
	Localiza dor	4	
	Movimento de retirada	3	
		Flexão anormal	2
		Extenção anormal	1
		Nenhuma	
15		INTENSIDADE	
3		8	

Exame Gineco-Obstétrico: _____

Abortamento Hemorragia Vaginal Normal

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 Avançado de Vida Terrestre (USA).
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: _____





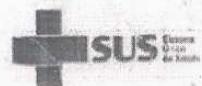
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Pedro Anton	
DA CLÍNICA	Lisbôa	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Cem. 3	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<p>Ferimento na face em nível do olho</p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</p> <p>Dr. Galdino Mário de S. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7519</p>		
PARECER:	<p>Sua Exma. Sr. Dr. Galdino Góes</p> <p>Pedi visitas do paciente de maneira bem periodicamente encaminhado de Programa com passar de cravicos e mortiferas experiências.</p> <p>Não tenha medo de se deslocar.</p> <p>Endereço: Rua da Torre, 116 Poco Velho.</p> <p>DATA: 09-05-17</p> <p>ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</p>	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Harlanos PB

Para: HRLops

Paciente: Fábio Antônio da Conceição

Endereço:

Diagnóstico: Fratura de Clavícula D

Foi realizado Rx de mama e Analges.

Motivo da Transferência

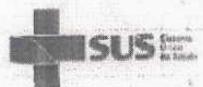
Não dispõe de ortopedia no hospital.

Veículo Recomendado: Ambulância

DR. HAROLD MAGALHAES DE CARVALHO
MEDICO
CRM-PB 8908

Data: 9 / 5 / 17





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Harlano PB

Para: HRL

Paciente: Fábio Antônio da Conceição

Endereço:

Diagnóstico: Fratura de Clavícula D

Foi realizado Rx de ombro e Analgésico.

Motivo da Transferência

Não dispõe de enfermagem no hospital.

Veículo Recomendado: Amulane

Dr. Haroldo Magalhães de Carvalho
CRM-PB 8908

Data: 9/5/17

