

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: ERICK JOSE de Oliveira da Silva, Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro, Profissão: agricultor, CPF nº: 095.597.199-65
RG nº: 3.546899, Endereço: sítio Taberaba, SIN,
Bairro: Área Rural, Cidade: Rio Tinto, Estado: PB, CEP: 58294000.

OUTORGADOS: CLECIO SOUZA DO ESPÍRITO SANTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.463 e OAB/RN 905- A, e VITOR CAVALCANTE DE SOUZA VALERIO, brasileiro, casado, advogado - OAB/PB nº 15.027 e OAB/RN 901- A, SÓCIOS do Escritório CAVALCANTE & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, Sociedades de Advogados, inscrito no CNPJ sob n.º 14.719.128/0001-14, e também na qualidade de associados à Dra. MARIA DO SOCORRO H. LEITE - OAB/PB nº 11.708, CLAYTON SOUZA DO ESPIRITO SANTO, OAB/PB 23.665, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacílio de Albuquerque, nº 22, Torre, João Pessoa/PB. Telefones: (83) 3512-8576/8899-8576.

Os Outorgados obrigam-se a prestar a Outorgante os serviços de advocacia na presente ação.

O Outorgante obriga-se a pagar aos Outorgados, a título de honorários pelos serviços ora contratados o percentual de 30% (Trinta por cento) do valor recebido ou do valor da causa, conforme o caso, em qualquer fase do processo (acordo, execução, etc.) em qualquer instância, face aos poderes que a seguir através do **INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULAR**, lhe outorga, fica acertado também, que em caso de recurso os honorários serão repactuados, sem prejuízos destes.

PODERES

Para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo (a) no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para, onde com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente ao **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que o OUTORGANTE tem direito, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou tribunal, na esfera administrativa, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agir em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecer em todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessários ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competente, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), podendo para tanto, dito procurador, dar entrada ao processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, receber e dar quitação em conjunto ou separadamente, receber qualquer numerário mediante alvará de autorização (judicial) junto à Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, confessar, requerer, firmar compromissos, prestar declarações, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes se assim lhe convier, sendo que dará a tudo o que fizer o referido procurador, por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante(s) DECLARA para todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei Federal n. 7115, de 29/08/1983, que não tem condições e recursos suficientes de arcar com as despesas do processo, para defesa de seu direito, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, prevista no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e nos termos do Art. 4º da Lei 1060/50.

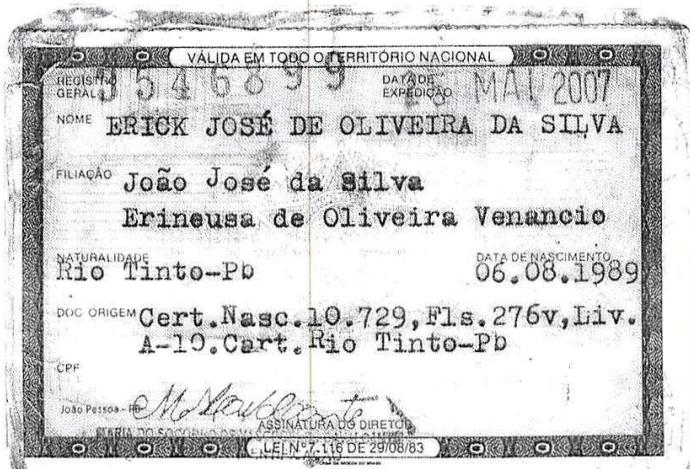
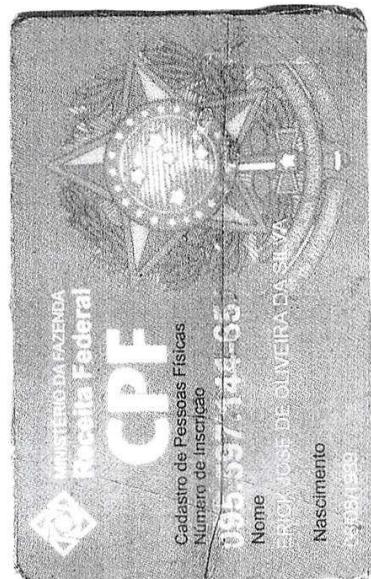
Rio Tinto, 19 de outubro de 2017.

X Erick Jose de Oliveira da Silva
OUTORGANTE

Matriz: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83.3512.8576 / 3043.2144
www.clecirosouzaadv.com.br / clecirosouzaadv@gmail.com

Filial Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Traição - Pocinhos - Piancó - Cajazeiras





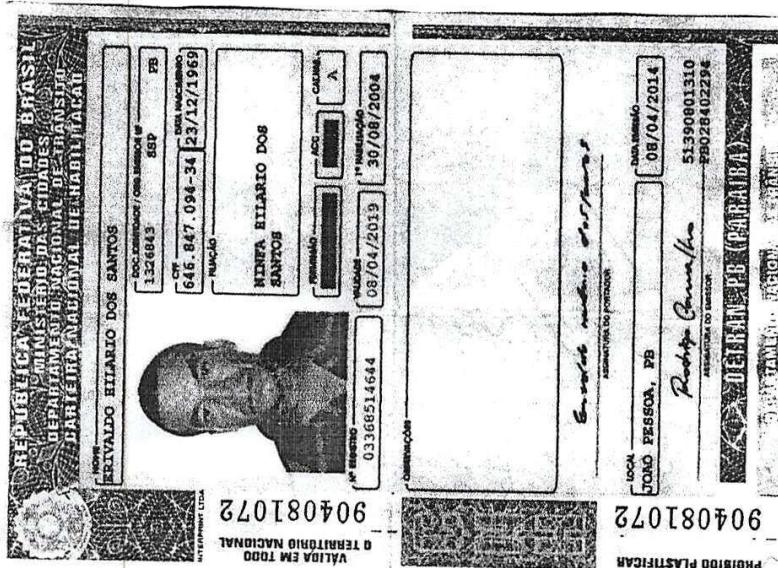
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3.546.899 SSP/PB, inscrito no CPF nº 095.597.144-65, residente e domiciliado no Sítio Taberaba -S/N – Área Rural, Rio Tinto – PB, CEP: 58.297-000 DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, que resido no endereço supracitado e por ser a expressão da verdade, assumindo inteira a responsabilidade pelas informações prestadas acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza os seus efeitos legais.

Rio Tinto/PB, 19 de Outubro de 2017.

Ericks de oliveira da silva
ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Declarante







Assinado eletronicamente por: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO - 27/10/2017 08:47:43
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1710270846341150000010204841>
Número do documento: 1710270846341150000010204841

Núm. 10439501 - Pág. 2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016
Ocorrência nº. 162
/2016
/2016

Aos 25 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) **PATRICIA NEIZILDA ALBUQUERQUE GOMES**, aí, por volta 08h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA, conhecido por , Identidade nº 3546899-SSP PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor, filho(a) de Joao Jose Da Silva E Erineusa De Oliveria Venancio, natural de Rio Tinto/PB , nascido(a) em 06/08/1989 (anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Taberaba, tendo como ponto de referência: ZONA RURAL, na cidade de RIO TINTO PB, fone(s) para contato: .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA;
- 2) DATA DO FATO: 19 de 02 de 2016;
- 3) HORÁRIO: h: min;
- 4) LOCAL: RIO TINTO PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 19/02/2016 NA ZONA RURAL DE RIO TINTO QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO; QUE O NOTICIANTE FOI ATENDIDO INICIALMENTE NO HOSPITAL DE RIO TINTO E FOI ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA EM JOAO PESSOA CONFORME LAUDO APRESENTADO NESSA DELEGACIA DE POLICIA; QUE O NOTICIANTE FOI CONDUZIDO PELO SAMU ATÉ A CAPITAL; QUE A MOTOCICLETA QUE O CONDUZIA ERA DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES DE PLACAS MNU5671/PB DE COR VERMELHA DE CHASSI 9C2KC08508BR124421 CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO.

6) OBSERVAÇÕES:

O NOTICIANTE APRESENTOU CARTEIRA DE IDENTIDADE, LAUDO MEDICO ORIGINAL E DOCUMENTO DO VEÍCULO PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA

Nada mais a consignar. Lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitai.

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.027-3

Patrícia Neizilda Albuquerque Gomes
Agente de Investigação
Polícia Civil
Matrícula 182.027-3





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Erick de Oliveira Soárez		PRONTUÁRIO N°		
IDADE	SEXO	SEX	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	19/10/16	DATA DE ALTA	26/10/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura exposta do 5º DD				CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Radiografos e escaneamento.				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Tratamento da fratura.				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Fratura exposta do 5º DD. Indicado de amputação do 5º DD. Alta hospitalar e acompanhamento ambulatório.

DIETA:	Padrão	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.	
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.		
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.		
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		
MEDICAÇÕES PARA CASA:		
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>R. Milton Barbosa</u> para revisão em 30 dias.	
DATA		Milton Barbosa de Farias Neto Médico Responsável Ass. Médico Form Ortopedia / Traumatologia
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Enck Ton de Oliveira Salda
DATA DO ATENDIMENTO: 26/02/16
Nº PRONTUÁRIO: 100000000000000000 FICHA:
MÉDICO (CARIMBO): Dr. Alfonso L. Lamas
DIAGNÓSTICO: Artrite
PROCEDIMENTO: Anticâm 5º Piso

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

ANATOMIA PATOLOGICA

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGICO					
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TREATIMENTO				

Porto submette a trattato inglese.
Porto co mezz'ore che scoppia. Indica di
a partire che scoppia. Alla mattina ci
accompagna a partire.

DIETA: Dieta leve. ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

RETORNO Ao posto de saúde em Dr. Milton Barbosa de Farias Neto para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Milton Barbosa de Farias Neto CEP 30 dias para revisão.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Enk Jose Alves

do Val

*Mulher 50g - 08j
Fem 01 copo de
600ml, duração 07
dias.*

*Pessoas 60g - 01x
Fem 01 copo de
800ml, duração 06
dias.*

Milton Barbosa de Farias Neto
Médico Residente CRM-PB 8592
Ortopedia / Traumatologia

Assinatura e Carimbo

*26/10/2017
16*





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Erick José de Oliveira portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 F54.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (Trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 13/10/2016

Milton Barbosa de Farias Neto
Médico Residente CRM-PB 8592

Ortopedia / Traumatologia
Assinatura e Carambola do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2017

Carta nº: 11151560

A/C: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160719655 ASL-1172784/16
Vitima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ERINEUSA OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Valor: R\$ 1.350,00
Banco: 104
Agência: 000000044
Conta: 0000098518-1
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé
10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

pag. 01459/01460 - carta_15R





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Rio Tinto**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800658-10.2017.8.15.0581

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98 do CPC.

Diante da manifestação da parte autora que requer a antecipação de produção de prova pericial, visando assegurar o princípio do contraditório, antes de determinar a produção da referida prova, deixo de designar audiência de conciliação e determino que a parte promovida seja citada, na forma requerida.

Rio Tinto, 23 de janeiro de 2018.

Judson Kíldere Nascimento Faheina

JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: JUDSON KILDERE NASCIMENTO FAHEINA - 01/02/2018 09:33:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020109330906800000011929561>
Número do documento: 18020109330906800000011929561

Num. 12201810 - Pág. 1