



CLECIO SOUZA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: ERICK JOSE de Oliveira da Silva, Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro, Profissão: agricultor, CPF nº: 095.597.144-65
RG nº: 3.546899, Endereço: sítio Taburaba, S/N,
Bairro: Área Rural, Cidade: Rio Tinto, Estado: PB, CEP: 58294000.

OUTORGADOS: CLÉCIO 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 n.º 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 "ADJUDICIA 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.

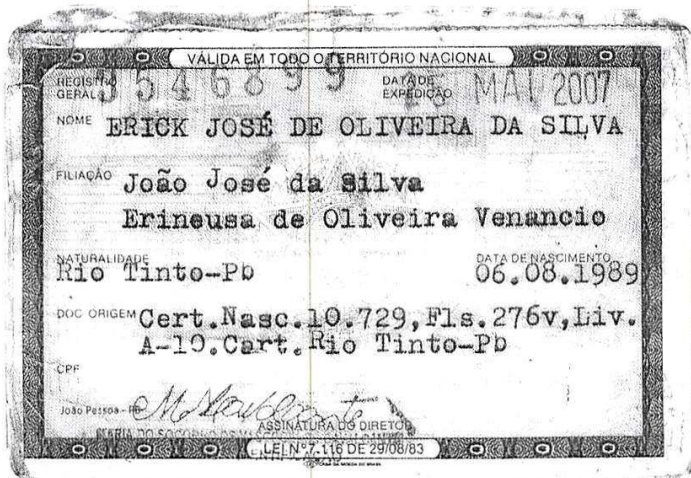
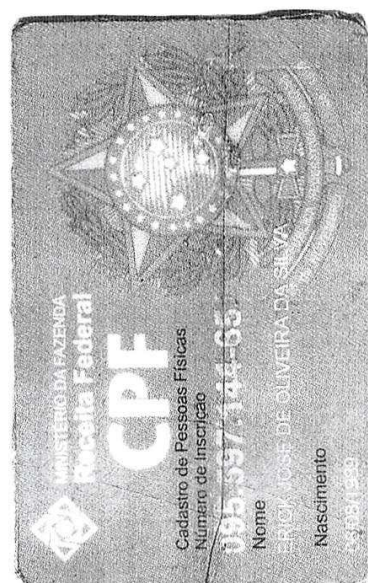
x Erick Jose de Oliveira da Silva
OUTORGANTE

Matriz: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83 3512-8576 / 3043-2744

www.cleciosouzaadv.com.br / cleciosouzaadv@gmail.com

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





JOAO JOSE DA SILVA
SIT TABERABA, S/N - AREA RURAL
RIO TINTO / PB CEP 56297000 (40 14)

Endereço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL NARRA PARRA C/O
Roteiro: Km 288 - 787 - 3480 Referencia: 10/10/16
Número: 1 008112038, Endereço: 2240 2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Endereço: Rua do Comércio, 100 - Taberaba - PB CEP 56607-140
CNPJ: 06.958.143/0001-40 Fone: 0816 82040
Número de Contas de Energia: 060791653
Código para Débito Automático: 0607916539

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

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Taberaba - PB CEP 56607-140

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/791653-9

Canal de contato

Jan / 2016

1430 deve ser adicionado. Todos contra a entrega. Não é obrigatório.

Apresentação

22/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

23/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

7179260483

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	23/01/16	22/01/16			
Leitura	7367	7368		51	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 17/01/2016 PAGAS
OBRIGATORIO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	51	0,41817	21,32
Atividade Mensal			2,29
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 35,16) Alíquota 25,00%			8,79
IRIS			0,48
COFINS			2,27
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			6,90

Histórico de Consumo

(kWh)

Dez/15	23
Nov/15	36
Out/15	23
Set/15	0
Ago/15	0
Jul/15	27
Jun/15	20
Mai/15	0
Abr/15	0
Mar/15	0
Fev/15	0
Jan/15	0

Média dos últimos meses
12 kWh

VENCIMENTO

01/02/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 42,06

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANCEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	13,20	1,22	NOMINAL 220
DI TRIMESTRAL	28,94		
DI ANUAL	52,89	2,00	CONTRATADA 202
DI MENSAL	6,50		LIMITE INFERIOR 231
DI TRIMESTRAL	17,08		
DI ANUAL	34,16	1,13	
DI MENSAL	1,20		
DI TRIMESTRAL	16,70		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia	7,87	18,72
Compra de Energia	12,82	30,00
Serviços de Transmissão	0,82	1,97
Encargos de Operação	2,63	6,24
Impostos Diretos e Encargos	19,45	45,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	42,06	100,00

Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 11/2015) R\$ 7,99

ATENÇÃO

Leitura confirmada

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.

Erick Jose de Oliveira da Silva

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Declarante



Num. 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, escrevã(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) Sitio 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 VEICULO PARA REGISTRAR A OCORRENCIA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Comunicante

Escrevã(o)/Agente
Matrícula nº 182.027-3

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Enck de Oliveira Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO: <i>Masc</i>	CLÍNICA: <i>Hospitalar</i>	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <i>19/08/16</i>	DATA DE ALTA: <i>26/02/16</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura exposta do 5º DP</i>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Radiografias e exame clínico.</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Tratamento cirúrgico.</i>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
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 BACTERIOLÓGICO			
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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>Doente submetido a tratamento cirúrgico. Evolu com necrose do 5º DP. Indicado a amputação do 5º DP. Alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.</i>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <i>Diet. Livre</i>
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 <i>Dr. Milton B. Soares</i> em 30 dias para revisão.
DATA: <i>26/02/16</i>	Wilton Barbosa de Farias Neto Médico Residente em ORTOPEDIA ASS. MÉDICO/ORTA Ortopedia e 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: En. Cl. Souza de
M. Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 26/02/16

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Milton

DIAGNÓSTICO: Fratura 5º DD

PROCEDIMENTO: Amplicação 5º DD

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

8045-7737

RESUMO DE ALTA

PRONTUÁRIO Nº	
CLÍNICA	LEITO
ENF	
TEMPO DE PERMANÊNCIA	CID
<u>102/16</u>	<u>do 5º DD</u>
<u>cur. cir. ca.</u>	
<u>un. g. co.</u>	

ANATOMIA PATOL.	INFEÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES.
Acidente sub-tilde a tratamento cirúrgico.
Evolui com necrose do 5º DD. Indica de
amputação do 5º DD. Alta hospitalar e
acompanhamento ambulatorial.

DIETA: Alim. livre.

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 S. L. L. para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do em 30 dias para revisão.

DATA: 26/02/16

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Milton Barbosa de Farias Neto
Médico Residente
Ass. MEDICINA
Ortopedia e Traumatologia



DA
E
CDA



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Enk Jari - Almeida

Uro Uro

*Nyctox 50mg - 28j
Tomar 01 capsa de
6h, durante 07
dias.*

*Opior - 60mg - 01x
Tomar 01 capsa de
de 8h, durante 06
dias.*

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

26/22

Assinatura e Carimbo

16





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Erick José de V. S. L. - co 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, 13/10/16

Milton Barbosa de Farias Neto
Médico Residente CRM-PB 8592

Ortopedia / Traumatologia
Assinatura e Carimbo 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 50056-384, 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

Reg. 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 Kildere Nascimento Faheina

JUIZ DE DIREITO

