

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

PAULO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, servente de pedreiro, portador do RG nº 3.260.924 - 2ª VIA SSDS/PB e CPF nº 100.917.084-86, residente e domiciliado à Rua Aracaju, 177B, Grotão, João Pessoa - PB, CEP 5800-000

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839 e **LUARA GABRIELLE ALVES DOS SANTOS FIDELIS**, brasileira, casada, OAB/PB 15.216, estabelecidos à Rua Rodrigues de Aquino, 55, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES: a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, com base no artigo (art. 105, CPC).

CONTRATO: Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, 08 de agosto de 2016.


OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

contato@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____, ____/____/____.

x *Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho*



SINISTRO 3170624880 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** PAULO HENRIQUE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PE**BENEFICIÁRIO** PAULO HENRIQUE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 10091708486**Posição em 12-01-2018 13:18:09**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/12/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00151.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00151.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:35 horas do dia 19 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Paulo Henrique da Silva**, CPF nº 100.917.084-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria da Luz da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/10/1988 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aracajú, Nº 177, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-2023.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/09/16 12:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 17/09/16, por volta das 12:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125K, cor vermelha, ano 2010/2011, de placa NQI-4509/PB, chassi nº 9C6KE1520B0002269, registrada em nome de Leonardo Ferreira da Silva, conduzida pelo mesmo (Leonardo Ferreira da Silva), na ocasião que este trafegava pela rodovia BR-230, no sentido Ernesto Geisel/Oitizeiro, ao chegar nas proximidades das três lagoas, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura de galeazzi esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabcira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.602-3

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

Paulo Henrique da Silva
PAULO HENRIQUE DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00151.01.2017.1.00.420

1/1





CERTIDÃO

Nº. 1809/2016

Atendendo solicitação de BEATRIZ FERNANDES LEITE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 880783 e Prontuário Nº 2014.11.000745 pertencente a **PAULO HENRIQUE DA SILVA** que foi atendido dia 17/09/2016 às 12H55min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em punho esquerdo e membros inferiores.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galleazzi esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2016 com alta médica dia 01/10/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de novembro de 2016

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Paulo Henrique da Silva		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	27	SEXO	M	ENF.	11
COR		CLÍNICA	ortop	LEITO	36
DATA DE ADMISSÃO	17/09/16	DATA DE ALTA	01/10/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA	14 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de Galeazzi (E)				CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O mesmo				S52.3
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Raio X do antebraço (E) HP e perfil				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Tratamento cirúrgico				
TERAPEUTICA 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 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)
Paciente com dor e deformidade de antebraço (E) devido trauma por acidente de moto.	

DIETA:	Livre	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 _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Anderson em 30 dias para revisão.	
	01/10/16	Dr. Everton Gonçalves MÉDICO CRM-RS 8618 ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		



PR. MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AL. SGTAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

60000-000 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

014-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

TIPO DO PACIENTE

Nome: PAULO HENRIQUE DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3260924 Fone: 987699297

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/10/1988 Id: 27 ano(s)

End.: APOCALIPSE, 177

Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

INTELLIGENCIA DE ENTRADA

Resposta: A CORRENHA- WILMA

Documentos: SEM DOCUMENTO: SD

Como veio: DENTRO PCT. VEIO COM O BOMBEIRO

Transporte utilizado: PACIENTE VITMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO AO 12:10

Vitima de acidente por: TRES LAGOAS NO DIA 17-09-16 ENSINO M INCOMPLETO

Vitima de violência por: COR PARDA SUSPEITA DE FRATURA

[] Caso Policial

PR-AMPLIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

SC: TP:

Peso: Altura:

Glucose: IMC:

Civil: QFR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsão

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitação

[] Regular [] Desconhecido

[] Vômito

Observação

PR-AMPLIA

Acidente moto

História - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

Paciente vítima de queda de moto há 3 dias com dor e
afundamento em punho B, apresentando escarificação em MMII
e M5D. Não vomita e pulso de consciência. ABB, plowd
e indolente. ABCD=OK Conduta

Não segue.

1) Indicar Rx

Horário da medicação

Prescrição decc AN OV do RAN (3) sempre de emergência

Dra. Irmã Maria Isley
Cirurgia Geral
CRM-PB 6074



MARIA DO SOCORRO DA SILVA
RUA ARACAJU, 177/B - GROTAZ
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000008 (AG-1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIMENTO/FASILEO
Roteiro: 10-2-488-8240
Nº medidor: 00008220366

Referência: Abr/2016
Emissão: 15/04/2016

ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 200, Km 25 - Cristóvão-Ilhéu - João Pessoa/PB - CEP: 53071-000
CNPJ: 09.096.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.922-8

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 17000717-997
Código para Débito Automático: 00011297991

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

Conta referente a

Abr/2016

Apresentação

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme prevista na Lei 12.781 de 20 de julho de 2008, informamos aqui, ao cliente, referente aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora, que os débitos no ano de 2016 e nos anos anteriores
Esta declaração, ao sub-tilar, para a comprovação do



