



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: AILTON GONÇALVES DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 034.696.214-54 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.696.214-54, residente e domiciliado na Rua Ananias Conserva de Sousa, 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, 09 de Outubro de 2017.

Ailton Gonçalves dos Santos

OUTORGANTE

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



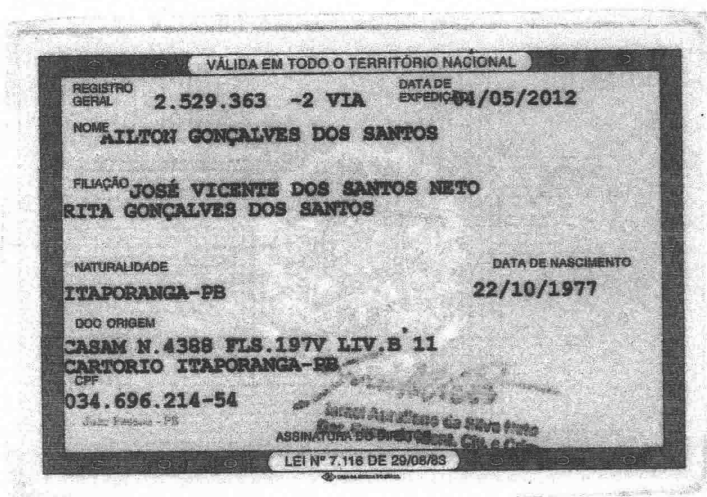
DECLARAÇÃO

Eu, **AILTON GONÇALVES DOS SANTOS**, brasileiro, casado, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 034.696.214-54 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 034.696.214-54 residente e domiciliado na Rua Ananias Conserva de Sousa, s/n, centro, Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com às 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, 09 de Outubro de 2017.

X Ailton Gonçalves dos Santos
Declarante







Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25- Csto Redentor- João Pessoa / PB- CEP 56071-630
 Rateiro: 14 - 154 - 70 - 3520 Referência: Jul / 2017
 Nº medidor: 00008205089 Emissao: 24/07/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.076.058
Código para Débito Automático: 00010749141

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Jul / 2017	24/07/2017	24/08/2017	28798074415

UC (Unidade Consumidora): 5/1074914-1

Canal de contato

Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas contarão com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, aliquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa, passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total de energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
22/06/17	14414	24/07/17	14526	1	112		91
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa de Tributos Totais(R\$)	Valor Base Colic CMIS(R\$) ICMS	Alto tom(R\$)	Base Colic Faz(R\$)	Colic(R\$) Faz(Colima(R\$) 0,887296) 7,209196)
0301	Consumo em kWh	112,000	0,834970	71,11	71,11	27	19,20
0301	Adic. B. Amarela			2,54	2,54	27	0,88
							2,54
							0,03
							6,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0307	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,37	0,00	0	0,00
					0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	82,02	73,85	19,88	73,85	0,59	2,73
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
222	31/07/2017	R\$ 82,02

Histórico de Consumo (kWh)

185	188	218	239	242	304	257	224	209	230	182	191
Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16	Jul/16

RESERVADO AO MECO

4093.1cad.6bd6.b173.ea08.3b8c.49a0.d8cd.

Indicadores de Qualidade			5/1974 - Ilororango	
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	6,47	2,02	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	12,94			
DIC ANUAL	25,89			
FIC MENSAL	3,66	1,00		
FIC TRIMESTRAL	7,10		CONTRATADA	202
FIC ANUAL	14,20		LIMITE INFERIOR	
DMIC	3,90	2,02	LIMITE SUPERIOR	
DICRI	12,22			

Valor do EUSD (Ref. 5/2017) R\$ 43,60

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Paturas em atraso





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 579 / 2017.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do Fato: 31 / Julho / 2017. • **HORAS** - 9h48min.

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

Notificante/Vítima:

AILTON GONÇALVES DOS SANTOS, natural de Itaporanga/PB, Casado, Aposentado, nascido no dia 22/10/1977, filho de José Vicente dos Santos Neto e Rita Gonçalves dos Santos, RG 2.529.363/PB e CPF 034.696.214-54, residente na R. Ananias Conserva de Sousa s/n C 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, caminhava pelas Ruas do centro de Itaporanga/PB, quando na BR 361, precisamente na saída para Piancó/- foi atropelado por um veículo UNO o qual não lhe prestou socorro e adivinco-se do local, sendo o notificante socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaporanga/PB.

Itaporanga (PB), 23 / Setembro / 2017. x Ailton Gonçalves dos Santos
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA / PAT: 60265-6
CHEFE DE CARTÓRIO



SINISTRO 3170560731 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** AILTON GONCALVES DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO AILTON GONCALVES DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 03469621454**Posição em 14-11-2017 07:43:31**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

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
16/11/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25



SPR
- total 40ms
- base 3ms
- ripple



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR USB-06

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 09:50

Data: <u>31/07/2017</u>	ID: <u>212</u>	Paciente: <u>Rilton Gonçalves da Silva</u>	Idade: <u>39</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Endereço: <u>Rua Santos Dummont</u>		Bairro: <u>Centro</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Nogueira</u>	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> ICPT/TRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Tóxico <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Outros				
O/A: <input type="checkbox"/> Suicídio ou Injúria <input type="checkbox"/> Regulação de emergência <input type="checkbox"/> Suicídio pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Lesão não envenenado <input type="checkbox"/> Outros				

TÓPO DE AGRAVO NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	<u>Alergia</u>
<input type="checkbox"/> Alérgico	<input type="checkbox"/> Quase sufocamento/pneumonia	<u>Medicação</u>
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Quilomatosas	<u>Passado Médico</u>
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Câncer	<u>Líquidos e alimentos ingeridos</u>
<input type="checkbox"/> FEA	<input type="checkbox"/> Outros	<u>Ambiente onde ocorreu o trauma</u>
<input type="checkbox"/> FAP	<input type="checkbox"/> Grávida/Obstétrica	

EXAME FÍSICO

<input type="checkbox"/> Palato	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Voz	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Pálpebra	<input type="checkbox"/> Pêlo Unha	<input type="checkbox"/> Escalas	<input type="checkbox"/> Anus/Orla	<input type="checkbox"/> Mucosa	<input type="checkbox"/> Cor
<input type="checkbox"/> Mucosa	<input type="checkbox"/> Orelha	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Hérnia	<input type="checkbox"/> Histiocitos	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fígado	<input type="checkbox"/> Urinário	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de ferimento e local:

Lesões principais: Sinais e Sintomas:

do Lombar + MSB

Transferência/Destino:

Local: HDS Responsável: [Assinatura] Função: Médico

Sinais Vitais:

TA: ☒ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☒ 18 rpm ☐ Retardada ☐ Normal

PA: 100x80 mmHg 76 bpm 99 % T 122 mmHg 122 mmHg

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Dificuldade de deglutição	<input type="checkbox"/> Sinais vitais	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão aguda	<input type="checkbox"/> Desorientação prejudicada
<input type="checkbox"/> Dano de dano óptica	<input type="checkbox"/> Desobstrução mefite das Vias	<input type="checkbox"/> Disritmia	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Dano de dano pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Integridade vesicular prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Incontinência a urina	<input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada	<input type="checkbox"/> Pânico
<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Perda de peso

Intervenções:

Imobilização, 01 amp. de tenoxicam + 01 amp. diploem + 01 amp. de meto

Evolução de Enfermagem:

Paciente vítima de atropelamento, portando corte com undiecas de altura no MZB (Peele) sem sinal de fratura, consciente e orientado, supine, imobilizado. Foi realizada a limpeza do local de imobilização e encaminhado para o HDS.

Médico: <u>Jessica Luana Bido Jerón</u>	CRM: <u>433996</u>
Enfermeira: <u>Jessica Luana Bido Jerón</u>	COREN: <u>433996</u>
Farmacêutico: <u>Adriano</u>	COREN: <u>433996</u>
Enfermeiro: <u>Renilda</u>	





HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

ESTÁDU DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204

CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSTO

Nome: ALTON GONCALVES DOS SANTOS

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 22/10/1977 Idade: 39 anos(meses) de Idade dias) de Idade Sexo: M

Mãe: RITA GONCALVES DOS SANTOS

Profissão: AGRICULTOR

Documento:

Endereço: RUA ANANIAS CONSERVA

Nº: 62

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato: (83) 9980-1297

CAASTRO: 297551

Data e Hora: 31/07/2017 10:14:23

SSVV

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HDI

Júlia R. M.

HISTÓRICO - SÍNTESE AMBULATORIAL

1.	
2.	
3.	
4.	

☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1.									
2.									
3.									

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARMEN(S)

MÉDICO - CRM

CRM-PB 17573

CBO

ASS. DO PACIENTE/A COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARMEN



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CNPJ: 08.778.268/0018-09

SAÚDE PARA TODOS

SAÚDE PARA TODOS

Adilson Cândido de
Araújo -
res. Piquiss (Cangaço) 62
cent 10 pto

1- Coleridge 500, -396,
to Dr. H. H.
H

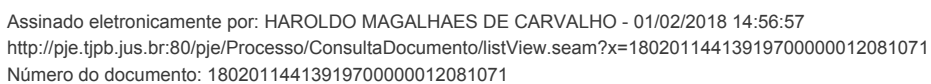
DeLoe, 8/13/02

~~Diacyl Friends Bro. Co.~~
~~Clinton Medical - Calif~~
~~San Francisco, Calif~~



Sistema Único de Saúde

RUA OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO - FONE (83) 3451 2297 - CEP 58.780.000 - ITAPORANGA-PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CNPJ: 08.778.268/0018-09

SAÚDE PARA TODOS

Atestado
Atesto que o Sr. Ailton
Carvalho de Santos
sofreu Atropelamento
por automóvel de 1ª fi-
cade com transtorno
do membro direito em-
torno de 15 dias
permanecendo em
leito de 10 dias em-
CID S837

Deixe 8/8/2017

Dr. Elcio Elias Brito
Médico Médico - CRM
CPF 070.577.204-42



RUA OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO - FONE (83) 3451 2297 - CEP 58.780.000 - ITAPORANGA-PB





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Itaporanga

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800186-18.2018.8.15.0211

DESPACHO

Vistos *etc.*

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Considerando que afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, já que no caso dos autos é imprescindível a realização de prova pericial. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a ratio conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte promovida para responder a presente ação, no prazo de 15 (quinze) dias, advertindo que, caso não seja contestada a ação, se presumirão aceitos pelo réu, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, nos termos do art. 344, ambos do NCPC, devendo constar do mandado ou carta os requisitos do art. 250, NCPC¹.

Cumpra-se.

Itaporanga/PB, data e assinatura digitais.

Antonio Eugênio Leite Ferreira Neto

Juiz de Direito



1 Art. 250. O mandado que o oficial de justiça tiver de cumprir conterà:

I - os nomes do autor e do citando e seus respectivos domicílios ou residências;

II - a finalidade da citação, com todas as especificações constantes da petição inicial, bem como a menção do prazo para contestar, sob pena de revelia, ou para embargar a execução;

III - a aplicação de sanção para o caso de descumprimento da ordem, se houver;

IV - se for o caso, a intimação do citando para comparecer, acompanhado de advogado ou de defensor público, à audiência de conciliação ou de mediação, com a menção do dia, da hora e do lugar do comparecimento;

V - a cópia da petição inicial, do despacho ou da decisão que deferir tutela provisória;

VI - a assinatura do escrivão ou do chefe de secretaria e a declaração de que o subscreve por ordem do juiz.

