

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Afonso da Silva Felinto, Brasileiro, Solteiro, Avulso, NASC-
to em 04/03/1964, inscrito no RG nº 1.908.717, portador do CPF nº
499.521.882-04, residente e domiciliado à Rua Sit Pitanga da
Estrada, S/N, Área Rural, Mamanguá PE / PB, CEP: 58280000.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado,
devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av.
Cel. Otto Feio da Silveira n 519, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula
"ad iudicia et extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer
medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou
indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar
documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital
de Trauma Sem. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira
Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza,
sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo
substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por
bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel
desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou
separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima
descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a
procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda
a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita
e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos
do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 10 de Junho. de 2018.

Afonso da Silva Felinto
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com

Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned with CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 07346.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07346.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:25 horas do dia 19 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Afonso da Silva Felinto**, conhecido(a) por Afonso, CPF nº 499.521.884-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria das Dores Oliveira da Silva e João Felinto, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 04/03/1964 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pitanga da Estrada, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro Pitanga de Estrada, tendo como ponto de referência Sítio Na Zona Rural, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Km 12, Br 101, Sentido Rn Para Pb, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 26/03/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: **LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, OUTROS FATOS.**


Objeto(s) Envolvido(s):

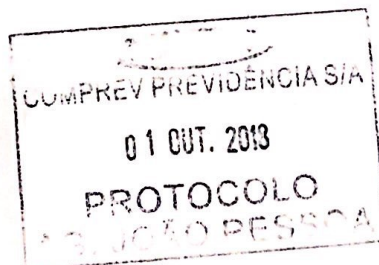
(1) **Moto**, modelo CG 150 START, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2016, placa QGG-5121, chassi 9C2KC1670FR556418, renavam 01079606219, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013709816393; nº. Motor: Kc16e7f556429; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Qgg5121/rn; placa Atual: Montanhas/rn; alienação Fiduciária: Em Branco; em Nome de Afonso da Silva Felinto.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

PILOTAVA O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO TEVE O MESMO ATINGIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DE QUAL NÃO SABE INFORMAR NADA POIS PERDEU A CONSCIÊNCIA NA QUEDA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E DIVERSOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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 verdadeira. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



Procedimento Policial: 07346.01.2018.1.01.012





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Afonso da Silva Felinto
DATA DE NASCIMENTO 04/03/64
NOME DA MÃE Maria das Dores oliveira da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 107884
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1071733
DATA DO ATENDIMENTO 26/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 15:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação do joelho esquerdo + lesão vascular de artéria poplitea
CID 10 S83.1 S85.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, refere dor intensa em membro inferior esquerdo, apresenta deformidade em coxa e joelho esquerdos. Avaliado pela Cirurgia vascular, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, coxa E, joelho E, coluna cervical, tórax
TC de crânio
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: luxação do joelho E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de lesão vascular do MIE. Revascularização de artéria poplitea esquerda, fasciotomia. Redução indireta com fixação externa transarticular no joelho E (realizado em 26/03/18). Retirada de fixador externo em joelho esquerdo (realizado em 09/05/18). Retalho fasciocutâneo (realizado em 13/06/18). Reconstrução ligamentar do joelho esquerdo (realizado em 06/07/18)

ALTA HOSPITALAR: 09/07/18
DATA DA EMISSÃO: 24/08/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

AFONSO DA SILVA FELINTRO

CPF da Vítima

499.521.884-09

Data do Acidente

26/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

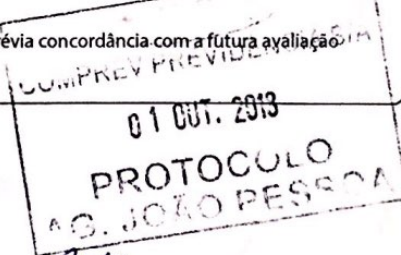
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



São Paulo, 20 de Setembro de 2018
Local e Data

Afonso da Silva Felintro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





HOSPITAL DE REFERÊNCIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHI

NOME: **AFONÇO DA SILVA FELINTO** BE/PRONTUÁRIO: **1071733**
IDADE: **54** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **6/7/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR LATERAL E MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR ODILON** 1º ASS: **DR JOSE RODRIGUES**
2º ASS: **MR1 FRANCINELIO** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR:
TIPO DE ANESTESIA: **GERAL** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LESÃO LIGAMENTAR COMPLEXA DO JOELHO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CÓDIGO
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR NO JOELHO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

6/7/2018

Dr. Francisco de Paula
Médico
CRM PE 9803
CNS 703424179057800



Scanned with CamScanner



RESINEUDA MENDES DA SILVA
RUA SAO SEBASTIAO, 227 - CAMALAU
CABEDELO / PB CEP: 58310000 (AG. 1)

Emissao: 12/03/2018 Referencia: Mar / 2018

Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 5 - 13 - 520 - 1400

Nº medidor: 00000874188

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003.297.663

Cód. para Déb. Automático: 00001614981

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2018

12/03/2018

11/04/2018

1858021413

Insc. Est.:

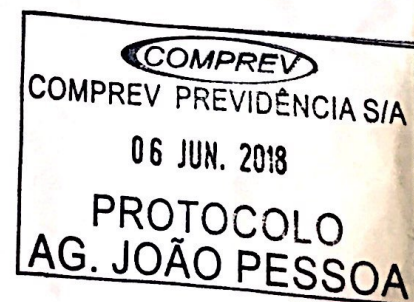
UC (Unidade Consumidora):

5/161498-1

Canal de contato

- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.



Scanned by CamScanner

Scanned with CamScanner

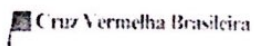


Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 19/01/2019 02:46:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011902434287400000018212657>

Número do documento: 19011902434287400000018212657

Num. 18716131 - Pág. 2



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

REA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JC. PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente AFONCO DA SILVA FELINTRO	BAE 1071733	Data/Hora Entrada 26/03/2018 15:40:15	Data Baixa
Data de nascimento 04/03/1964	Idade 54	Sexo Masculino	CNS 204012450760003
Mãe MARIA DAS DORES OLIVEIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 991757990
Endereço PINTAGA DA ESTRADA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 26/03/2018 15:40:15		Data/Hora Prescrição 26/03/2018 16:00:59	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM BR. REFERE DOR INTENSA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. É ALERGICO A DIPIRONA. APRESENTA DEFORMIDADE EM COXA E JOELHO ESQUERDOS. ONDAGEM VESICAL

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FEMUR ESQUERDO)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDA (AP + LATERAL + AXIAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PERFIL ESQUERDO)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

R52.0 Boletim registrado por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 26/03/2018 15:40:19

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 19/01/2019 02:46:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011902451707000000018212658

Número do documento: 19011902451707000000018212658

Num. 18716132 - Pág. 1

04 equipe de bombeiros

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
AFONCO DA SILVA FELINTRO	54A 23D	107884
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1071733	26/03/2018 15:40:15	27/03/2018 00:31:00
Convênio	Leito	Clínica
SUS	POSTO IB - ENF 15 - 0002 - ORTOPEDIA	CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		7d 17h 14min
		Permanência no Leito
		2d 20h 24min

Parecer médico

Especialidade
CARDIOLOGIA

Profissional
FERNANDA PAULA MACHADO DA NOBREGA

Motivo da solicitação
SOLICITO RISCO CIRÚRGICO PARA TTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO

Parecer

54 ANOS.

HIPERTENSO, FAZIA USO DE LOSARTAN, MAS INTERROMPEU DESDE O INTERNAMENTO. NEGA DM, TABAGISMO, IAM PRÉVIO. SEM QUEIXAS CARDIOVASCULARES.

EXAME: EGR, ORIENTADO, EUPNÉICO, ACIAN, ANICTÉRICO, HIPOCORADO.

ACV= RCR 2T, BNF, S/SS

AR= MV+ COM ALGUNS SIBILOS

ABDOME GLOBOSO, FLÁCIDO

ECG=RSR. FC=90BPM

EXAMES LABORATORIAIS: URÉIA- 53/ 258!!! CREATININA -2,4 / 16, 26!!! Hb= 7,5

CD= SOLICITO PARECER URGENTE DA NEFRO/ REPETIR EXAMES LABORATORIAIS/ NO MOMENTO NÃO LIBERADO PARA O PROCEDIMENTO

* Solicito USG Rm e Vcu Urinária -
* Suspender AINE!

Fernanda P. M. Nobrega
Cln. Médica Cardiologia
CRM PB 5758



26/03/20

172.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=1



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

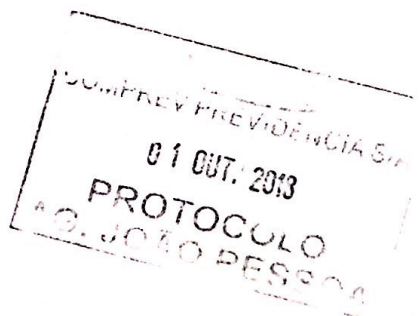
CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
AFONCO DA SILVA FELINTRO	1071733	26/03/2018 15:40:15	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
04/03/1964	54	Masculino	(83) 991757990
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA DAS DORES OLIVEIRA DA SILVA		204012450760003	
Endereço	Bairro	Município	UF
PINTAGA DA ESTRADA, SN	ZONA RURAL	MAMAM	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TORIBIO GOMES PEREIRA	6350/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/03/2018 15:40:15		26/03/2018 18:02:43	
Anamnese			
PACIENTE APRESENTANDO LESÃO MULTILIGAMENTAR JOELHO ESQ SOLICITO PARECER DA VASCULAR			
CUIDADOS			
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR, (OBSERVAÇÕES: LUXAÇÃO JOELHO)			
Conduta			
Em observação			

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirúrgia do Joelho

CRM: 6350

AFONCO DA SILVA FELINTRO

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 26/03/2018 15:40:19

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 19/01/2019 02:46:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011902454297900000018212659>

Número do documento: 19011902454297900000018212659

Num. 18716133 - Pág. 2

SINISTRO 3180456330 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AFONCO DA SILVA FELINTRO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO AFONCO DA SILVA FELINTRO

CPF/CNPJ: 49952188404

Posição em 15-01-2019 13:24:23

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

