
Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200060232

Vítima: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200060232

Vítima: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 00000165345-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3109 3 CONTA: 165.345 8 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vair nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00684.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00684.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Às 12:26 horas do dia 20 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Celeste Adriana de Azevedo Silva**, CPF nº 978.865.214-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria Joana da Conceição e Geraldo Martins de Azevedo, natural de Santa Luzia/PB, nascido(a) em 20/09/1972 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São João Batista, Nº 60, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98841-6725.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Santos Estanislau, Novais, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/19 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/09/2019, POR VOLTA DAS 19:300, ESTAVA CAMINHANDO PELA AVENIDA SANTOS ESTANISLAU, BAIRRO DOS NOVAIS, NESTA CAPITAL, QUANDO A MOTOCICLETA DE PLACA OFF-9016/PB, QUE VINHA NA MESMA AVENIDA, SE DESEQUILIBROU AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS, INVADIU A FAIXA DE CONTRA-MÃO E BATEU NESTA NOTIFICANTE QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE; QUE EM SEGUIDA ESTA NOTIFICANTE FOI TRANSFERIDA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA POR VOLTA DAS 02:02 DO DIA 03/09/2019, SENDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 26/09/2019, CONFORME CERTIDÃO 2018/2019 EXPEDIDO PELO DR. CHRISTINE MARIA DE BRITO LYRA.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência

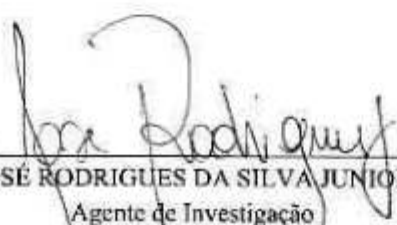


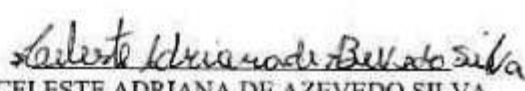
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 20 de janeiro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA
Noticiante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200060232 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS), PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/7/14/15.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VISTO EM: 01/10/19

Eduardo Alves de Sousa
Comandante do CBM/PB
Mat. 520.808-1

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 01 de outubro de 2019.

CERTIDÃO Nº. 0210/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 02/09/2019, solicitado pelo marido o Sr. JOSÉ VANDO SOARES DA SILVA, CPF nº 033.848.484-11, consta que foi socorrido por volta das 19h30min a Sra. **CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA**, CPF nº **978.865.214-04**, vítima de Colisão moto x moto, ocorrido na AV Santo Stanislau, bairro dos Novaes, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-56, tendo como chefe o 3º SGT MARCOS AURELIO REREIRA DA SILVA, matrícula 520.009-1. Vítima consciente e orientada, com fraturas no membro inferior esquerdo. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (TRAUMA).

Para constar, eu José Erivan Santos de Souza - ST BM, Mat. 521.659-1, (Nº 0210/19) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Alf. José Erivan Santos de Souza
Chefe da 3ª Seção 521.654-1



GOVERNO
DA PARAÍBA

viva
o trabalho.

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000165345-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1402202005000000000023702108000000165345236250 PAGO



URGENTE: MONOPASADO
 C/GRAN. HERNANDEZ / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Ref: 15-2-541-1010 Referencia Set. 2010
 No. 11-000541-8737 Estado 2-09-10 2

ENERGIA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 225, Km 25 - Cx. Postal 104 - J. P. F. - CEP 51011-000
CNPJ 05.961.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.022-4

Santa Fe (Córdoba) Energía y Agua S.A. 0031-462.278
 Ctd. para Cob. Automática: 0800-184411

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	978.866.214-04 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/616541-9

Canal de contato

1. 10-12-1987 (M) (P) (C) (A) (S) (L) (B) (V) (T) (H) (N)
10/12/87 - 10/12/87

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra	1	127	29
2019/09/29	17/71	2019/10/09	12/19			
Demonstrativo						
2019 - Despesa		2019 - Despesa		Valor Base Calc. Ant. (R\$)	Valor Base Calc. Nov. (R\$)	Valor Base Calc. Ant. (R\$)
				28,00	170,96	27
				0,31	0,31	27
				2,51	0,31	0,09
2019 - Consumo de Energia		2019 - Consumo de Energia		0,31	0,31	0,09
2019 - Alug. B. Servicos		2019 - Alug. B. Servicos		0,31	0,31	0,09
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS						
2019 - CONTRA SERVIÇOS PÚBLICOS		2019 - CONTRA SERVIÇOS PÚBLICOS		0,31	0,31	0,09
2019 - ALUGUEIRO DE BENS		2019 - ALUGUEIRO DE BENS		0,31	0,31	0,09
2019 - ALUGUEIRO DE BENS		2019 - ALUGUEIRO DE BENS		0,31	0,31	0,09

[illegible]

ANALYST: JAMES M. HARRIS (JMH)

VERIFICATO
04/10/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 146,08

Histórico de Consumo (kWh)

Histórico de Consumo (kwh)												
150	160	165	180	185	210	220	230	250	255	260	270	275
Set/16	Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17

WILLIAMS & CO. PLYMOUTH

cf38.6f0f.60cf.f3e6.2cc7.e1ad.4487.3cc2

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)	
10 - BERNAL	4,00	0,00	RESERVA	22
10 - BERNAL	9,25			
10 - BERNAL	18,50	0,00	INTERRUPÇÃO	22
10 - BERNAL	27,75		INTERRUPÇÃO	22
10 - BERNAL	37,00	0,00	INTERRUPÇÃO	22
10 - BERNAL	46,25			
10 - BERNAL	55,50			
10 - BERNAL	64,75			
10 - BERNAL	74,00			
10 - BERNAL	83,25			
10 - BERNAL	92,50			
10 - BERNAL	101,75			
10 - BERNAL	111,00			
10 - BERNAL	120,25			
10 - BERNAL	129,50			
10 - BERNAL	138,75			
10 - BERNAL	148,00			
10 - BERNAL	157,25			
10 - BERNAL	166,50			
10 - BERNAL	175,75			
10 - BERNAL	185,00			
10 - BERNAL	194,25			
10 - BERNAL	203,50			
10 - BERNAL	212,75			
10 - BERNAL	222,00			
10 - BERNAL	231,25			
10 - BERNAL	240,50			
10 - BERNAL	249,75			
10 - BERNAL	259,00			
10 - BERNAL	268,25			
10 - BERNAL	277,50			
10 - BERNAL	286,75			
10 - BERNAL	296,00			
10 - BERNAL	305,25			
10 - BERNAL	314,50			
10 - BERNAL	323,75			
10 - BERNAL	333,00			
10 - BERNAL	342,25			
10 - BERNAL	351,50			
10 - BERNAL	360,75			
10 - BERNAL	370,00			
10 - BERNAL	379,25			
10 - BERNAL	388,50			
10 - BERNAL	397,75			
10 - BERNAL	407,00			
10 - BERNAL	416,25			
10 - BERNAL	425,50			
10 - BERNAL	434,75			
10 - BERNAL	444,00			
10 - BERNAL	453,25			
10 - BERNAL	462,50			
10 - BERNAL	471,75			
10 - BERNAL	481,00			
10 - BERNAL	490,25			
10 - BERNAL	499,50			
10 - BERNAL	508,75			
10 - BERNAL	518,00			
10 - BERNAL	527,25			
10 - BERNAL	536,50			
10 - BERNAL	545,75			
10 - BERNAL	555,00			
10 - BERNAL	564,25			
10 - BERNAL	573,50			
10 - BERNAL	582,75			
10 - BERNAL	592,00			
10 - BERNAL	601,25			
10 - BERNAL	610,50			
10 - BERNAL	619,75			
10 - BERNAL	629,00			
10 - BERNAL	638,25			
10 - BERNAL	647,50			
10 - BERNAL	656,75			
10 - BERNAL	666,00			
10 - BERNAL	675,25			
10 - BERNAL	684,50			
10 - BERNAL	693,75			
10 - BERNAL	703,00			
10 - BERNAL	712,25			
10 - BERNAL	721,50			
10 - BERNAL	730,75			
10 - BERNAL	740,00			
10 - BERNAL	749,25			
10 - BERNAL	758,50			
10 - BERNAL	767,75			
10 - BERNAL	777,00			
10 - BERNAL	786,25			
10 - BERNAL	795,50			

Continued on p. 24

Determinación	Valor (R\$)	%
Serviços de Call Center/Atendimento PB	33,60	23,00
Limpeza Estrada	48,75	33,91
Serviços de Manutenção	5,00	3,47
Encargos Sociais	5,76	4,05
Material Diverso e Despesa	54,77	38,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	148,08	100,00

Valencia USD (Feb 7/2019) 43.4900

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso
Ago/18 167,51

BANCO DO BRASIL PASAR FREI E RECIPIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00008 03150.244008 00848.507

F. GADDER, CELSTEADRIANA DE AZEVEDO SILVA, CPF/CPJ 9.19.952
R. 3. K. A. BATISTA, 10 - CRUZINHO - J. D. F. B. S. C. A. / PB CEP 56005-000

Nº de Matrícula	Nº Documento	Exatidão Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
1.000.000.000.000.000	100019541231905	26/12/2019	R\$ 148,08	

3. 602460000546537 000019541231905 04/11/2019

13064/24473





Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berriz, 1376,
Ed. Rio Sertão
Cidade Monções
CEP: 04071-030 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.504.257/0001-92
Insc. Est. 10.505.949/112
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 56033-410 -
JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0
Mês de referência: Janeiro/2020
Número da fatura: 0987113353-0 Tipo de cliente: Não residencial Estado de instalação: Paraíba
Número do telefone: 8330245995
Data de emissão: 03/01/2020
Estado de instalação: Paraíba

21/01/2020
149,82

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
25 Mega Empresas (C44)	62,20
Serviços	
Outros Serviços	29,98
Telefone	
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal (999)	15,57
Secretaria Eletrônica	0,00
Vivo Fixo Ilimitado Empresas BRASIL - Mensalidade Principal (779)	39,02
Total	146,77
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VCI)	0,00
Total	0,00
Cobrança Serviços Terceiros	
Prestadora Tim (C03-45)	2,25
Total	2,25
TOTAL GERAL A PAGAR	149,02

Histórico de consumo

total utilizado em minutos
das faturas com vencimento em:

Tipo de ligação	Novembro	Dezembro	Janeiro
Minutos Locais Utilizados	58:30	74:30	28:00
Lig. Nat. Longa Distância	30:10	34:54	21:36
Lig. Locais Celular (VCI)	437:00	3:51:12	94:18
Lig. Nat. LON VCI/VCS	0	2:54	0

Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento também está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Caso ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de Relacionamento no 103 15. Pessoas com necessidades especiais de fala e audição: 142. Foram alteradas condições de serviços de Dado Larga, de Voz, de Serviços Adicionais desta conta.

Mensagem para você

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O resarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções Para BPF-C artigo 32º da Resolução Anatel nº 436/2005, para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 466/2007. Central de Atendimento Anatel: 1531 (Genl), 1532 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(144) P: BL / 119 / Vivo Fibr 25 Mega Empresas (238) PA139 Ilimitados Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Desaque Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente MARCELO LUCENA ADVOGADOS			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastro de Débito Automático 899994084351-0	Número da Fatura 0987113353-0	Data de Vencimento 21/01/2020	Valor a Pagar (R\$) 149,82
 				

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antonio Rodrigues da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364 137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cleste Adriano de P. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 978865214 04,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Cleste Adriano de P. Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009705364 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof. Osvaldo de M. Mendes Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206 e 207</u>
Bairro: <u>Buzeme</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58033-410</u>	Tel. (DDD): <u>(33) 999220997</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Celeste Adriana de Azevedo Silva
DATA DE NASCIMENTO 20/09/72
NOME DA MÃE Maria Joana da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1187504
DATA DO ATENDIMENTO 02/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 19:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos da perna E.
CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, apresentando hematoma subgaleal + cefaleia e perda da consciência, dor e edema em perna. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e encaminhado para Ortotrauma conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tc de crânio.
RX perna esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Tc: sem anormalidades
RX: fratura de ossos da perna E.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tala inguino-podalica + encaminhamento para Ortotrauma conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: 03/09/19
DATA DA EMISSÃO: 06/12/19


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente
CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data de nascimento

20/09/1972

Idade

46a 11m 14d

BAE

1187504

Sexo

Feminino

Data/Hora Entrada

02/09/2019 19:58:03

CNS

705205427853670

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 88416725 / (83) 88337586

Prontuário

Mãe

MARIA JOANA DA CONCEICAO

Endereço

SÃO JOÃO BATISTA, 60

Bairro

OUTIZEIRO

Município

JOAO PESSOA

Profissional

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS

Data/Hora Prescrição

02/09/2019 21:36:21

UF

PB

Nº Cons. Regional

6005/PB

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Motivo

ATROPELAMENTO

Data/Hora Classificação

02/09/2019 19:58:03

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO APRESENTANDO HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL À ESQUERDA COM DOR/CEFALEIA HOVE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EXAME NEUROLÓGICO NORMAL. NEGA CERVICALGIA/DOR EM EIXO VERTEBRAL. TC DE CRÂNIO: SEM SINAIS DE FRATURA; SEM LESÃO INTRAPARENQUIMATOSA. HD TCE LEVE; CD: ANALGESIA. OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

Conduta

Em observação

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Dr. Erickson Bonifácio
Neurocirurgia
CRM 6005

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
(CRM: 6005/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 02/09/2019 20:00:16



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data de nascimento

20/09/1972

Mãe

MARIA JOANA DA CONCEICAO

Endereço

SÃO JOÃO BATISTA, 60

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Data/Hora Classificação

02/09/2019 19:58:03

BAE

1187504

Sexo

Feminino

Data/Hora Entrada

02/09/2019 19:58:03

CNS

705205427853670

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 88416725 / (83) 88337586

Prontuário

Bairro

OITIZEIRO

Município

JOAO PESSOA

Profissional

RODRIGO CASTRO DO AMARAL

Data/Hora Prescrição

02/09/2019 21:47:38

UF

PB

Nº Cons. Regional

4847/PB

Motivo

ATROPELAMENTO

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA ATROPELAMENTO DE MOTO, SOFREU TRAUMA NA CABEÇA COM HEMATOMA SUBGALEAL, DEIXADO EM OBSERVAÇÃO PELA NCR. APRESENTA FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA - CD: TALA INGUINO-PODÁLICA, AGUARDAR LIBERAÇÃO DA NCR PARA ENCAMINHAR AO TRAUMINHA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO.

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

Conduta

Em observação

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBO 8331

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(CRM: 4847/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 02/09/2019 20:00:16



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data de nascimento

20/09/1972

Idade

46a 11m 14d

BAE

1187504

Sexo

Feminino

Data/Hora Entrada

02/09/2019 19:58:03

CNS

705205427853670

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 88416725 / (83) 88337586

Prontuário

Mãe

MARIA JOANA DA CONCEICAO

Endereço

SÃO JOÃO BATISTA, 60

Bairro

ORTIZEIRO

Município

JOAO PESSOA

Profissional

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS

Data/Hora Prescrição

03/09/2019 00:06:15

UF

PB

Nº Cons. Regional

6005/PB

Acidente

MOTO X PEDESTRE

Motivo

ATROPELAMENTO

Data/Hora Classificação

02/09/2019 19:58:03

ANAMNESE

EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA, CONSCIENTE E ORIENTADA. LIBERADA DA NCR. A/C DA ORTOPEDIA.

Conduta

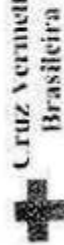
Em observação

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Dr. Erickson Bonifácio
Neurocirurgia
CRM 6005

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
(CRM: 6005/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 02/09/2019 20:00:16



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA	Data de Nascimento 20/09/1972	Idade 46a 11m 14d	Sexo FEMININO	Nº 1187504	Nº Prontuário	Data Prescrição 02/09/2019 21:36:21
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição 02/09/2019 21:36:00 - 03/09/2019 21:36:00				
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Data da entrada: 02/09/2019 19:58:03	Data da Internação:	Permanência na 1h 38min	Permanência no
Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.		12/12H	
2 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	

Reimpresso por:
dia:

Dr. Erickson Bonifácio
Neurocirurgia
CRM 6005

ERICKSON DUARTE BONIFACIO
CRM: 6005

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA						CNS 705205427853670	Prontuário
Data de Nascimento 20/09/1972	Idade 46A 11M 13D	Sexo Feminino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA JOANA DA CONCEICAO			Nome da Pai GERALDO MARTINS DE AZEVEDO				
Endereço SÃO JOÃO BATISTA			Bairro OITIZEIRO				Cep 58088775
Município JOÃO PESSOA - PB			Telefone Residencial (83) 88337586		Telefone Celular (83) 88416725		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares PACIENTE VÍTIMA ATROPELAMENTO DE MOTO, SOFREU TRAUMA NA CABEÇA COM HEMATOMA SUBGALEAL, DEIXADO EM OBSERVAÇÃO PELA NCR. APRESENTA FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. JÁ LIBERADA DA NEUROCIRURGIA. CD: ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO. STAFF: DR RODRIGO AMARAL;		
CID T14.9	Data de encaminhamento 03/09/2019 00:47:06	

Dr. Francinele Freitas
Médico
CRM PB 9603
516340-579057806

Assinatura e carimbo do profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932321125

Data Nasc: 20/09/1972 - 46 anos

Paciente: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Data Exame: 02/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal volumoso na região parietal esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/09/2019 09:35.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



CERTIDÃO

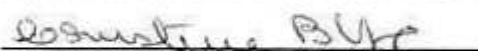
Nº. 2018/2019

Atendendo solicitação de JOSE VANDO SOARES DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº258571 e Prontuário 2019.09.0218 pertencente a paciente **CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA** que foi atendido dia 03/09/2019 às 02h02min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 26/09/2019. Com alta medica dia 27/09/2019.

E Para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de Dezembro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 258571 Atd: Nao Regula
Data: 03/09/2019
Hora: 02:02:09
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PER
Clinica: RAIO-X

DADOS DO PACIENTE

Nome: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 705205427853670 Sexo: F IDENTIDADE: 1759956 Fone: 988337586 Num. Prontuario: 2019.09.000218
Natural: SANTA LUZIA/PB Data Nasc.: 20/09/1972 Id: 47 ano(s)

End.: VILA SAO JOAO BATISTA, 60

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA JOANA DA CONCEICAO

Pai: GERALDO MARTINS DE AZEVEDO

Raca: PARDa Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE LIMPEZA

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

sp.: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988337586 / IDENTIDADE: 1759956

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

ENCAMINHADO DO HEETSHL CONFORME A PACTUACAO.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com dor, edema e deformidade
em perna (E) devido trauma por acidente de
moto.

Diagnostico Fratura dos ossos | Conduta - Internação hospitalar
da perna (E)

Prescrição

| Horário da medicação

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8818
CREMEPE 22251
RDT 15918

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IM

Paulo Roberto S. de S. Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Celeste Adriane A. Silva Data da Admissão: 03/09/19
Prontuário: _____ Idade: 47 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F (x) M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: 27 de me a deformidade em parte
do lado traseiro por acidente de moto.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] JHTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura dos ossos do punho (E)

Conduta: Internação hospitalar

Dr. Ev.
Ortop.
C.
CRE
TF
neoplasia
6618
22251
6918



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA					CNS 705205427853670		Prontuário	
Data de Nascimento 20/09/1972	Idade 46A 11M 13D	Sexo Feminino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe MARIA JOANA DA CONCEICAO				Nome do Pai GERALDO MARTINS DE AZEVEDO				
Endereço SÃO JOÃO BATISTA				Bairro OITIZEIRO			Cep 58088775	
Município JOÃO PESSOA - PB				Telefone Residencial (83) 88337586		Telefone Celular (83) 88416725		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO DE MOTO, SOFREU TRAUMA NA CABEÇA COM HEMATOMA SUBGALEAL, DEIXADO EM OBSERVAÇÃO PELA NCR. APRESENTA FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. JÁ LIBERADA DA NEUROCIRURGIA. CD: ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO. STAFF: DR RODRIGO AMARAL		
CID T14.9	Data de encaminhamento 03/09/2019 00:47:08	

Dr. Francineiro Freitas
Médico
CRM PB 2603
703404578067801

Assinatura e rubrica do profissional

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME : <i>CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <i>46 a</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: <i>29</i>	LEITO: <i>437</i>
DATA DE ADMISSÃO: <i>03/09/2019</i>		DATA DE ALTA: <i>27/09/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna ESQ</i>				CID <i>S82.3 + S82.4</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea de tibia e fíbula</i>					
TER. FARMACOLÓGICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador (a) de fratura dos ossos da perna foi submetido (a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação interna tipo ponte com Placa e parafuso. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIAGNÓSTICO: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Cefalexina, Aine e analgésicos*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. NERIVAL)

27/09/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

Paciente : CELESTE ADRIANA AZEVEDO
Exame Número : X-201918361 Convênio : PARTICULAR
Solicitação :

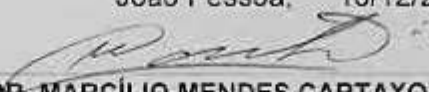
RAIO X DA PERNA ESQUERDA

Relatório

A radiografia de controle mostra fratura parcialmente consolidada no terço médio da tibia esquerda, fixada por placa metálica.

Nota-se outra fratura não consolidada no terço médio da fíbula esquerda.

João Pessoa, 16/12/2019



DR. MARCÍLIO MENDES CARTAXO
C.R.M. 2044

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico no exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada.

LD: Magdiel Kastberg



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.758.956 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 13/09/2017

NOME CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

FILIAÇÃO GERALDO MARTINS DE AZEVEDO
MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SANTA LUZIA - PB

DATA DE NASCIMENTO 20/09/1972

DOC ORIGEM CERT. CAS. Nº 8459 - LIV. B-26 - FLS. 159 - CARTÓRIO 12º JOÃO
Pessoa/FPB

CPF 978.885.214-04

ASSINATURA DO TITULAR

21003003

A-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL

L-005



Celeste Adriana de Azevedo Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200060232 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS), PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/7/14/15.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Celeste Adriana de Azevedo Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão semmagistria, residente e domiciliado à Rua São João Batista, nº 808, bairro Oitina, Município de Jacaré, Estado de(o) PR, Cep: 58.000-000, portador(a) do RG nº 1759956, SSP/PR e CPF nº 978.865.214-04.

Outorgado: Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Prof. Aivaldo de M. Pereira, nº 860, bairro Jardim Luan, Município de Jacaré, Estado de (o) PR, Cep.: 58.000-000, portador (a) do RG nº 21734, SSP/PR e CPF nº 009.705.364-32.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Celeste Adriana de Azevedo Silva, ocorrido em 02.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Injúria.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Jacaré, 30 de maio de 2020.

Celeste Adriana de Azevedo Silva
OUTORGANTE

CPF Nº 978.865.214.04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

502670 - SERVIÇO PÚBLICO E REGISTRO Escritório de Notas e Tabelionato de Protestos

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-002358

Reconhecido por autenticidade a firma de:

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

Assinado eletronicamente em 30/05/2020 às 14:45

Doc. FA em testemunho de verdade: João Pessoa, 30/05/2020, 14:45

ENCL: RG10.22 CEPJ - RG2.04 FARPEN: RG.30.155 - 455

SELO DIGITAL: AJR07116-IX18

Confira a autenticidade em <https://heliodigital.viva.br>

TIRAO DIGNISIO DA SILVA - AUXILIAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049060/20

Vítima: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 978.865.214-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA : 978.865.214-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO