



Número: **0817693-83.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.012,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO (AUTOR)		MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ALVARO VITORINO DE PONTES JUNIOR (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36892897	20/11/2020 09:45	<a href="#">2766763_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 15482828

Pag. 00043/00044 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**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](http://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\$1.000,00 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) ☐ 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 (vive nascido)? ☐ 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: 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





**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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00684.01.2020.1.00.401



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



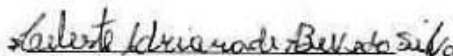
**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 20 de janeiro de 2020.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00684.01.2020.1.00.401

2/2



## 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) ☐ 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 (vive nascer)? ☐ 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: 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







VISTO EM: 01/10/19

Eduardo Alves de Sousa  
Comandante do BAPH  
Mat. 520.808-4

**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 Stanislaú, 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 520.089-1. 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, 3º BM, Mat. 521.659-1, (Nº 987) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*[Assinatura]*  
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



Num. 36892897 - Pág. 10



## Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Bressi, 1376,  
Ed. Rio Brasil  
Cidade Moções  
CEP: 04071-600 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.548.257/0001-02  
Insc. Est.: 10.030.919/112  
<http://www.vivo.com.br>

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS  
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860 AN I 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\$)
<b>Plano Contratado / Serviços Mensais</b>	
Internet	
25 Mega Empresas C44	62,20
<b>Serviços</b>	
Outros Serviços	29,99
<b>Telefone</b>	
Limitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal 999	15,57
Secretaria Eletrônica	0,00
Vivo Fixo Limitado Empresas BRASIL - Mensalidade Principal 999	59,02
<b>Total</b>	<b>146,87</b>
<b>Ligações</b>	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VCI)	0,00
<b>Total</b>	<b>0,00</b>
<b>Cobrança Serviços Terceiros</b>	
Prestadores Tim 203-43	3,25
<b>Total</b>	<b>3,25</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>149,82</b>

## Histórico de consumo

Total cobrado em minutos  
das faturas com vencimento em:

Tipo de ligação	Novembro	Dezembro	Janerio
Minutos Locais Utilizados	58,20	74,30	28,00
Lig. Nat. Longa Distância	36,10	36,54	21,55
Lig. Locais Celular (VCI)	437,00	3,612	94,78
Lig. Nat. LON VCI/VCI	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](http://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 Dada Larga, de Voz, de Serviços Adicionais, desta soma.

## 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 inspeção é realizado em conformidade com as Resoluções. Para ETEC artigo 32 da Resolução Anatel nº 436/2006, para SCMI artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2015 e para TV artigo 8º da Resolução 456/2007. Central de Atendimento Anatel: 1531 (Grat), 1532 (Deficientes Auditivos) e [www.anatel.gov.br](http://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: RL / 119 / Vivo Fim 25 Mega Empresas (238) PA139 Limitados Locais Empresas PA140 Limitados Longa Distância Empresas

Detalhes Aqui

Autenticação Mecânica

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





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Celso Adriano de P. Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009705364 137, 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. Oswaldo de M. de Paula</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206-202</u>
Bairro: <u>Busmea</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: João Pessoa 03/01/2020

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## 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 Ortopedia 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 Ortopedia conforme pactuação.

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

  
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





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGRE  
o trabalho**

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA</b>	BAE <b>1187504</b>	Data/Hora Entrada <b>02/09/2019 19:58:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/09/1972</b>	Idade <b>46a 11m 14d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 88416725 / (83) 88337586</b>
Mãe <b>MARIA JOANA DA CONCEICAO</b>		CNS <b>705205427853670</b>	Prontuário
Endereço <b>SÃO JOÃO BATISTA, 60</b>	Bairro <b>OUTEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS</b>	Nº Cons. Regional <b>6005/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>02/09/2019 19:58:03</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/09/2019 21:36:21</b>	

**ANAMNESE**

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO APRESENTANDO HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL À ESQUERDA COM DOR/CEFALEIA HOUVE 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

Idade

46a 11m 14d

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

Bairro

**OITIZEIRO**

Data/Hora Entrada

02/09/2019 19:58:03

CNS

705205427853670

Município

**JOAO PESSOA**

Profissional

**RODRIGO CASTRO DO AMARAL**

Data/Hora Prescrição

02/09/2019 21:47:38

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 88416725 / (83) 88337586

Prontuário

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 SBOT 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

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

**OUTEIRO**

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**

**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



Usuário: ERICKSON  
Boletim 1187504

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	

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

## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA						CNS 705205427853670	Prontuário
Data de Nascimento 20/03/1972	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 JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial ( 83 ) 88337586		Telefone Celular ( 83 ) 88416725		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNS 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		
<p><b>Resultado de exames complementares</b></p> <p>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.</p> <p>CD: ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.</p> <p>STAFF: DR RODRIGO AMARAL;</p>		
CID T14.9	Data de encaminhamento 03/09/2019 00:47:06	

Assinatura e carimbo do profissional

*Dr. Francisco Freitas*  
Médico  
CRM PB 9603  
703404579057800





**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 tíbia 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: RAI0-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 [ ] Dispineia

[ ] 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) desde trauma por acidente de  
moto.

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

Prescrição

| Horário da medicação

Dr. Everton Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8818  
CREMEPE 22251  
Rég. 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 Soares da Silva*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Celeste Adriane A. Silva</u>		Data da Admissão: <u>03/08/18</u>	
Prontuário:	Idade: <u>47</u>	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:	Cidade:	Estado:	Fone:
Sexo: F (X) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Profissão:
Escolaridade:	Religião:		Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD:			
HDA: <u>2º e 3º de me a deformidade em parte</u> <u>devido ao me na idade de me.</u>			
Medicações em uso:			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso <u>    </u> Kg em <u>    </u> [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: <u>    </u>			
<b>Pele:</b> <u>    </u>			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: <u>    </u> Visão: <u>    </u>			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor <u>    </u> [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema <u>    </u> Outros: <u>    </u>			
<b>ABD:</b> [ ] Dor <u>    </u> [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: <u>    </u>			
<b>SME:</b> [X] Dor <u>    </u> [ ] Rigidez pós-reposu [X] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [X] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade <u>    </u> [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor <u>    </u>			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] 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 de punho (E)Conduta: Internação hospitalar

Dr. Evr  
Ortop  
C  
CRE  
TF  
neles  
patologia  
118  
22251  
5918

Rua Ag. Fiscal José Costa Duane, S/N, CEP 59056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
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				CNS 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. Francisco Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
703404574087801

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. JÁTICA 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 de tratamento e orientações.*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DI. : *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 :

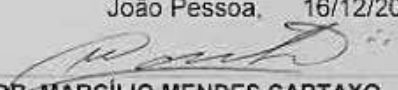
**RAIO X DA PERNA ESQUERDA**

**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 fibula 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

Rua Francisco Manoel, s/n - Jaguaribe - Tel.: (83) 3612-1000 - João Pessoa-PB  
[www.policlinicajaguaribe.com.br](http://www.policlinicajaguaribe.com.br)  
Email: [policlinicajaguaribe@policlinicajaguaribe.com.br](mailto:policlinicajaguaribe@policlinicajaguaribe.com.br)













ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA Identidade de Advogado		
21734	21/08/2015	21/11/2015
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE AMALIA GONCALVES DE LUCENA ANTONIO REIS DE LUCENA		
Júlio Pessoa		27/11/1980
2543454		008.706.364.37
Dono da Carteira Caracatini Suelio Presidente da OAB-PE		



## 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: Valter Ribeiro de Aguiar Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão serviço público, residente e domiciliado à Rua São João Batista, nº 60, bairro Ouricuri, Município de João Pinheiro, Estado de(o) PA, Cep. 58000-000, portador(a) do Rg nº 1759956, SSP/PA e CPF nº 939.865.214-04.


Outorgado: Márcio Antonio Rodrigues de Lucena, brasileiro(a),  
estado civil casado, profissão Plano, residente e domiciliado(a) à  
Rua Rua Rivaldo de M. Lucena, nº 860, bairro Jardim Luan  
Município de Itapecuru, Estado de (o) PR Cep.: .....  
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) Roberto Adriano de Figueiredo Silva, ocorrido em 02.10.2014, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

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.

30 de maio de 2020.  
 Carlos Adriano de Azevedo Silva  
 OUTORGANTE  
 CPF Nº 978.865.214-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

 **SOU TO - SECRETARIA DE REGISTRO** IF ORIO DE NOTAS - TABELAÇÃO DE PROTESTOS  
Data: 09/09/2023 às 14:00:00 - Total: 1  
**RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2028-002358**  
Reconhecido por autenticidade e firma de:  
**CÉLESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA**  
\*\*\*\*\*  
Dow 18, em testemunho de verdade: João Pessoa Filho, 18/09/2023, às 14:48  
EMPL: R\$10,22 CEP3: R\$2,84 FAPEN: R\$0,30 ILS: R\$0,00  
**SELO DIGITAL: AJR0711B-IX18**  
Confira a autenticidade em <https://necodigital.tce.ms.br>



## 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

