



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
36892 897	20/11/2020 09:45	<a href="#"><u>2766763_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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, contados 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



00020022



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 1

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, retorno 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:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
978 865214-04		Cleste Adriana de Agredo Silva	
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:		
Cleste Adriana de Agredo Silva		978 865214-04	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:	
Secretaria Geral	36 João Batista	60	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado: 14 - CEP:	
Itapejara	João Pessoa	PB 56088-775	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 57659 9067		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Bradesco AGÊNCIA: 2109 CONTA: 165.345 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.			
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	
30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 profissional)		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	
40 - Local e Data:		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: Até 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 Gouveia 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 Oiticicó, tendo como ponto de referência Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98841-6725.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Avenida Santos Estanislau, Novais, João Pessoa/PB, bairro Oiticicó; 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 ALCoba 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

1/2



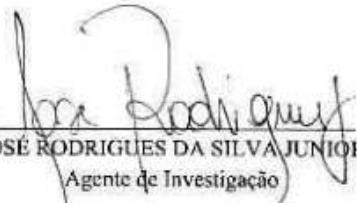
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 4

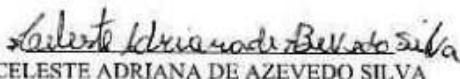
SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 5

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Cleste Adriana de Agredo Silva</i>	
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): <i>(183) 57659 9067</i>		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: <i>Bradesco</i> AGÊNCIA: <i>2109</i> CONTA: <i>165.345</i> (8)	
Autorizo a Seguradora Lider 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): <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.			
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasceu/ (nascera) 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 profissional)		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	
40 - Local e Data:		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 Souza  
Comandante BAPM  
Mat. 520.808-4

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

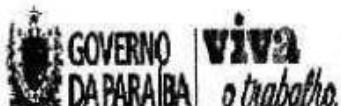
João Pessoa-PB, 01 de outubro de 2019.

**CERTIDÃO Nº. 0210/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 02/09/2019, solicitado pelo marido o Sr. JOSE 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 RERERIA 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, (N-521) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

BTF/erivan / ST BM / 521.659-1  
Chefe da 3ª Seção



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  
BRADESCO140220200500000000023702108000000165345236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 9



**Cadastro do Assinante**

Telefônica Brasil SIA  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Barreto, 1076,  
Ed. Fox Business  
Cidade Monções  
CEP: 04571-036 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.500.357/0001-92  
Insc. Est: 100000949112  
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  
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	62,20
25 Mega Empresas (PA4)	62,20
Serviços	29,98
Others Serviços	29,98
Telefone	146,87
Ilimitado Brasil: Empresas - Mensalidade: Principal (PA4)	146,87
Secretaria Eletrônica	0,00
Vivo Fixo Ilimitado: Empresas GRASIL - Mensalidade: Principal (PA4)	0,00
Total	146,87
<b>Ligações</b>	
Ligações Locais Empresas	0,00
Ligações Locais para Celular (VCI)	0,00
Total	0,00
<b>Cobrança Serviços Terceiros</b>	
Prestador: Tim (031-41)	3,25
Total	3,25
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>149,82</b>

**Histórico de consumo**

Total utilizado - em minutos das faturas com vencimento em:			
Tipo de Ligação	Número	Dezembro	Jan
Minutos Locais Utilizados	58,20	74,30	26,00
Lig. Nas Longa Distância	36,10	36,24	28,86
Lig. Locais Celular (VCI)	437,00	36,12	94,18
Lig. Nas LDN VCI/VCS	0	2,94	0

**Vivo Valora**

Aproveite os benefícios da Vivo Valora 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 Banda Larga, de Voz, de serviços adicionais, desde outubro.

**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 cada fatura. O resarcimento por irregularidade é sujeito em conformidade com as Resoluções: Para BTPC: artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2006, para SCM artigo 45º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Difícilmente Auditivos) e [www.caanatel.gov.br](http://www.caanatel.gov.br). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mês para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(144) P- BL / 119 / Vivo Filtros 25 Mega Empresas (238) PA139 Ilimitado Locais Empresas PA140 Ilimitado Longa Distância Empresas

Descrição Apur

Autorização: Mecânica

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

84610000001 3 49820082089 8 89940843510 8 98711335399 7





## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cláudia Adriane de P. Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 97886521404,

do sinistro de DPVAT cobertura Malddy da Vítima Cláudia Adriane de P. Silva.

Inscrito (a) no CPF sob o N° 009705364137, 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 Mendonça Pimenta</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 206 e 202</u>
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58033-410</u>

Local e Data:

João Pessoa 08/01/2020

Assinatura do Declarante



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOALS

**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 pontuação.

### 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 pontuação.

**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



**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

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

**ANAMNESE**

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO APRESENTANDO HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL À ESQUERDA COM DOR/CEFALEIA. HOVE PERDA DA CONSCIÊNCIA. EXAME NEUROLOGICO NORMAL. NEGA CERVICALGIA/DOR EM EIXO VERTEBRAL. TC DE CRANIO: 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 (MGTS)

**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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>

Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 14



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA	1187504	02/09/2019 19:58:03	
Data de nascimento	Idade		Telefone de Contato
20/09/1972	46a 11m 14d	CNS	(83) 88416725 / (83) 88337586
Mãe			Prontuário
MARIA JOANA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
SÃO JOÃO BATISTA, 60	OITIZEIRO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	RODRIGO CASTRO DO AMARAL	4847/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 19:58:03		02/09/2019 21:47:38	

## 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



**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 1187504	Data/Hora Entrada 02/09/2019 19:58:03	Data Baixa
Data de nascimento 20/09/1972	Idade 46a 11m 14d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 88416725 / (83) 88337686
Mãe <b>MARIA JOANA DA CONCEICAO</b>	Bairro <b>OTIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Endereço <b>SÃO JOÃO BATISTA, 60</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS</b>	UF PB
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>		Data/Hora Prescrição 03/09/2019 00:06:15	Nº Cons. Regional 6005/PB
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

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: 02/09/2019 19:58:03	Permanência na 1h 38min	Permanência no	
Nome do medicamento	Via de Admin.	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento	
1 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0 ML	1	E.V.		1212H	<i>zfb</i>
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0 ML	1	E.V.		AGORA	<i>zfb</i>

Dr. Erickson Bonifacio  
Neurocirurgia  
CRM 6005

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA						CNS 705205427853670	Prontuário
Data de Nascimento 20/09/1972	Idade 48A 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 OITIZERO				Cap 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		
<p><b>Resultado de exames complementares</b> 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.</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	

Dr. Flávio Henrique  
CRM PB 9603  
63403579057806

Assinatura e carimbos do profissional





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 Tarcisio 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 médica dia 27/09/2019.

E Para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data 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  
Repcionista: ANA PAULA ALMEIDA PER  
Clinica: RAIO-X

DADOS DO PACIENTE

Nome: CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2019.09.000218

CNS: 705205427853670 Sexo: F IDENTIDADE: 1759956 Fone: 988337586

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

C. Abd: O2%:

[X] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vomito

ENCAMINHADO DO HETSHL CONFORME A PACTUACAO.

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS ( SIC )

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Patente com dor, edema e deformidade  
no perne (E) lado traseiro por acidente de  
moto.

Diagnóstico Fratura do osso conduto intrínseca humeral  
de perne (E)

Prescrição

Horário da medicacão

Dr. Evandro Vasconcelos  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB 8818  
CRM-PE 22251  
Fone: 16918



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

----- | Reservado p/ liberacao  
Assinatura da Enfermagem |

### PROCEDIMENTO REALIZADO

**DESTINO DO PACIENTE**

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

Dark brown scabrids.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Celente Adriene A. Silve **Data da Admissão:** 03/09/19  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** 47 **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Sexo: F ( ) M ( )** **Cor:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** / /  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**QPD:** \_\_\_\_\_

**HDA:** 37 de me a deformidade em forma de bico  
6 de bico me por causa de mto.

**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 Soluço 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-reposo 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 [ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoholismo \_\_\_\_\_

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: *Frente ne das oras de pernoite* (1)Conduta: *Intervenção hospitalar*

Dr. Ely  
Ortoped  
C  
CRE  
222251  
TF  
5918

Medicamentos  
Anestesiologia  
0448  
222251  
5918

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





## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA					CNS 705205427853670	Prontuário	
Data de Nascimento 20/09/1972	Idade 45A 11M 13D	Sexo Feminina	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 DITIZEIRO			
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				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 MÉDICA		
<p>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.</p> <p>CO- 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	Dr Francisco Freitas CRM-PB 146960 CRM-PB 1014045

Assinatura e número do profissional





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

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

BESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICACÕES)

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

**Diabetes:** Sí, si el paciente es diabético, hipertenso, renal crónico, etc...

**REPÓRTO: 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 "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

#### **MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, Aine e analgésicos**

**RETORNO:** Ao gosto de saúde em 21 dias.

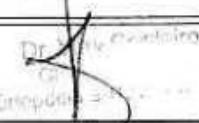
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.( DR. NERIVAL)

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 :

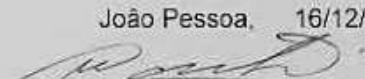
**RAIO X DA Perna Esquerda**

**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

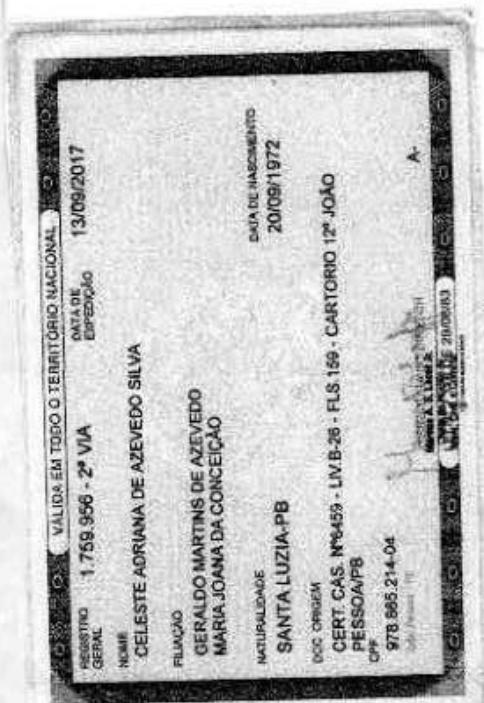
**Rua Francisco Manoel, s/n - Jaguaribe - Tel.: (83) 3612-1000 - João Pessoa-PB**  
[www.policlinicajaguaribe.com.br](http://www.policlinicajaguaribe.com.br)  
**Email: [policlinicajaguaribe@policlinicajaguaribe.com.br](mailto:policlinicajaguaribe@policlinicajaguaribe.com.br)**





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011200945433010000035211767>  
Número do documento: 2011200945433010000035211767

Num. 36892897 - Pág. 29



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL	
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA	
Identidade de Advogado	
21734	21/08/2015
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE	
AMALIA GONÇALVES DE LUCENA	
ANTONIO REIS DE LUCENA	
João Pessoa	27/11/1980
2543454	009 706 364-37
João Batista Carneiro Soárez	
Presidente da OAB-PB	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Celeste Adriana de Azevedo Silva*, brasileiro(a), estado civil *Solteira*, profissão *Serviços Domésticos*, residente e domiciliado à Rua *Sen. José Batista*, nº *60*, bairro *Outubro*, Município de *João Pessoa*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58000-000*, portador(a) do RG nº *1359956*, SSP/PIB e CPF nº *979.865.214-04*.

**Outorgado:** *Suelio Antônio Rodrigues de Lima*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Professor*, residente e domiciliado(a) à Rua *Prof. Waldomiro N. Lima*, nº *360*, bairro *Jardim Luiz*, Município de *João Pessoa*, Estado de (o) *PO*, Cep: *58030-364*, portador (a) do RG nº *21.2.34*, SSP/CEP/PIB e CPF nº *009.305.364-32*.

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 *Indenização*

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.

*João Pessoa*, 30, de *maio*, de 2020.  
*Celeste Adriana de Azevedo Silva*  
OUTORGANTE  
CPF Nº *979.865.214-04*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**SOUZA - SORRISO MIRANTE E REGIÃO** PROOF DE NOTAS - 2º TABELIONATO DE PROTESTOS  
Dra. Maria Angélica Souza Carneiro - Tabelionete

**RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-002358**

Reconhecido por autenticidade e firmeza de:

**CELESTE ADRIANA DE AZEVEDO SILVA**

Devo fá, em testemunho de verdade, João Passos, 01/11/2020, 10:45.  
ENOL: R510.22 CEP: 582.04 FARPEN: 582.30.155

**SELO DIGITAL: AJR07116-IX18**

Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.br>

TIAGO DIONÍSIO 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/09/2019

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

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:45:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009454330100000035211767>  
Número do documento: 20112009454330100000035211767

Num. 36892897 - Pág. 33