



Número: **0801411-95.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **21/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS (AUTOR)	RODOLFO NOBREGA DIAS (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35312 347	09/10/2020 10:57	<u>Apelação</u>	Apelação
35312 699	09/10/2020 10:57	<u>2609889_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
35312 700	09/10/2020 10:57	<u>2609889_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos
35312 704	09/10/2020 10:57	<u>2609889_RECURSO_DE_APELACAO_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575269300000033740159>
Número do documento: 20100910575269300000033740159

Num. 35312347 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Nº Sinistro: **3180091730**
Vitima: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**
Data do Acidente: **01/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERLANDO PEREIRA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180091730**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12451821



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Sinistro: 3180091730
Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Data do Acidente: 01/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180091730** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12565701

A/C: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Nº Sinistro: 3180091730
Vitima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Data do Acidente: 01/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004571-3

Conta: 000010008058-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
081.010.264-10 Neteneys Alves Vieira Basta

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Neitercys Alves Viana Bento</u>		CPF titular da conta <u>081.010.264-80</u>	Profissão <u>Motoboy</u>
Endereço <u>Rua Walfrido Macedo Brevidas</u>		Número <u>914</u>	Complemento <u>Ap 203</u>
Bairro <u>fd. cid. universitária José Pessoa</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58052-200</u>
Email <u>gular699@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(83) 99660-1341</u>	

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4541	3	8.058	6
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pérez, 29 de Noviembre de 2014
Local e Data

Local e Data

Waterson Alves Viana Bastos
Caminho 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 7 - Assinatura do Representante Legal

EARBE 001. V001 (2017)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01925.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01925.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:10 horas do dia 18 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**, CPF nº 081.010.264-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Lucinete Alves da Silva e Germano Viana Bastos, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 15/03/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Walfredo Mamede Brandão, N° 917, complemento Edf. Ana Carolina, aptº 203, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Próximo Ao Supermercado Extra, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98673-6695.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Em Frente Ao Hipismo, João Pessoa/PB, bairro Portal do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/12/16 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

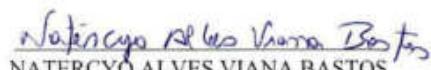
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR 250 TORNADO, PRETA, 2008/2008, PLACA MOQ8106/PB, CHASSI 9C2MD34008R027790, registrada em nome do noticiante, pela Av. Hilton Souto Maior, quando ao passar por um girador próximo ao Centro de Hipismo foi trancado por um CARRO não identificado e ao frear perdeu o controle da moto vindo a cair a solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO N° 1263/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 04.09.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veículo particular por um amigo; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

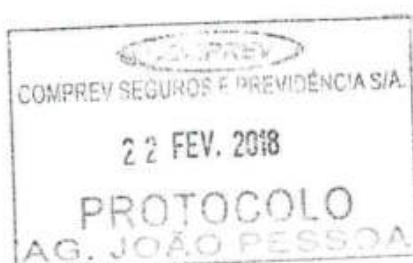
João Pessoa/PB, 18 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Noticiante



Procedimento Policial: 01925.01.2017.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>

Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 5

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Natêncio Alves Viana Bastos

CPF da Vítima

081.010.264-10

Data do Acidente

01/02/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de Novembro de 2014

Local e Data

Watêncio Alves Viana Bastos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

09/10/2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04571-3

CONTA: 000010008058-8

Nr. da Autenticação 30BC432687ABCC58



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 7

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CONSELHO HOSPITALAR MANGABEIRA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
CEP: 580-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Fax: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 913100 Atd: Nao Regula
Data: 13/12/2016
Hora: 09:05:19
Repcionista: EDILENE FREIRE DA SIL
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 5

Nome: NATERCYOO ALVES VIANA BASTOS

Num. Prontuario: 2009.01.002771

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 88070246

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1988 Id: 28 ano(s)

End.: RUA VALFREDO MACEDO BRANDAO, 917

Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: GERMANO VIANA BASTOS

Mae: LUCINETE ALVES DA SILVA

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: NATERCYOO ALVES VIANA BASTOS

Doc. Responsavel: 88070246 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: INTERCORRENCIA

Vitima de violência por: NAO

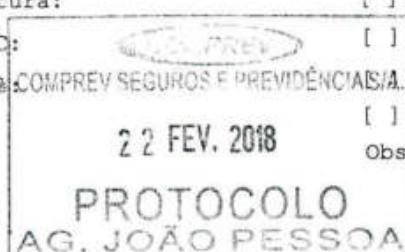
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMO:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Vit. Abd:	02% COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAIS/A	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao



22/02/2018

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ACUOGRE NT + 1 sembra, com dor +
calorica com sudorese (P)

Diagnostico

Ex AGGINHO (D) (LUSTA)

| Conduta

| Horario da medicacao

AO HOSPITAL

DE REU

CATURADO

Dr. Umberto Hansen
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5769

LUCINETE ALVES DA SILVA
RUA WALFREDO MACEDO BRANDAO, 977 / APTO 203 - JOAO UNIV
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052700 (AO. 11)

Emissao: 14/11/2017 Referencia: Nov / 2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFASICO B/230, Km25 - Cidade Residencial, João Pessoa / PB - CEP 58017-080
Refero: 7-5-817-8520 N° medidor: 00001348143
Refero: 7-5-817-8520 N° medidor: 00001348143

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/09 095.193/0001-40 Intc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica N°000 484.057
Cód. para Déb. Automatizado: 00002110822

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	14/11/2017	14/12/2017	54173973420 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/211082-3

Canal de contato

PREZADO CLIENTE:
Divulga na conta de fato "COMPLEMENTO RFA-FINTE TA" "FARIM"
corresponde à cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação da Resolução Normativa nº 2.291, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 414/2010.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
16/10/17	21550	14/11/17	21633	
				29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade TMR/01	Valor Base Custo Ativo (R\$)	Valor Base Custo Fixo (R\$)	Consumo (R\$)
		Tributo Total (R\$) ICMS/R\$ ICMS	Fixo Custo (R\$) (0,3291% (0,1219%))		
0603	Consumo até 30kWh-BR	80.000 0,250830	7,52 7,52 25	1,88 7,52 0,10 0,48	
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	83.000 0,430170	22,78 22,78 25	5,89 22,78 0,30 1,38	
0801	Adic. B. Vermeia		2,83 2,83 25	0,66 2,83 0,03 0,16	
0810	Subsídio		22,89 22,89 25	8,25 22,89 0,44 2,02	

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 CONTRIB SERV. ILUM PÚBLICA	1,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017	0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0802 BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 11/2017	0,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0888 COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017	8,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906 Devolução Subsídio	22,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 54,85 65,83 18,43 65,83 0,87 4,03

Média últimos meses (kWh) 163 **VENCIMENTO** 22/11/2017 **TOTAL A PAGAR** R\$ 54,95

Histórico de Consumo (kWh)

37	93	88	124	136	184	181	226	157	137	1203	1202
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO 6665.6451.6ddc.05cc.4617.1f25.8114.f32a. .

22 FEB. 2018

PROTOCOLO
COMPROV. REGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

9/2017 Matriçal			Composição do Consumo		
Indicadores de Qualidade			Discriminação		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Trínsio (V)		Valor (R\$)	%
DIG MENSAL 5,18	0,00	NOMINAL	220	7,74	14,09
DIG TRIMESTRAL 10,58				11,19	20,39
DIG ANUAL 20,77				1,18	2,17
FIC MENSAL 3,30	0,00	CONTRATADA	202	2,14	3,89
FIC TRIMESTRAL 6,80		LIMITE INFERIOR	231	22,98	41,64
FIC ANUAL 13,20		LIMITE SUPERIOR		9,81	17,85
DIGC 2,94	0,00				
DIGR 12,22					
			Total	54,85	100,00
Valor do BUSD (Ref. Br/2017) R\$ 11,53					

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: O uso de cartão de crédito (ou débito) para pagamento da fatura de energia elétrica, e fornecimento poderá ser suspenso a partir de 29/11/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas que não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a tenha efetuado o pagamento das fatura(s) acima, considere a esta mensagem.

Este faturamento foi faturado como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,28

- Leitura confirmada

Contato Serviço: BEM SEGURO - ACE / ASSURANT - 0800 704 0044

- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso
OUT/17 55,87

PARAIBA
energisa - 817 - 8520
Matrícula: 211082-2017-11-2

VENCIMENTO 22/11/2017 **TOTAL A PAGAR** R\$ 54,95

83690000000-8 54950149000-3 02110822017-5 11200005019-8





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA
7414281-1993

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO & SERVIÇOS 100/2018

GERLANDO PEREIRA DA SILVA
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 BLA - GRAMAME
JOAO PESSOA PB 58067-215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
001.093.655-0110-101	101	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YHN162131	10/11/2011	EXT/ACE LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NÚM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
391 401 10 33 03/02/2018						
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS						
DEZ/2017 10 0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORDES			
NOV/2017 13 0	TURBIDEZ	294	294	294		
OUT/2017 12 0	CLORO	294	294	294		
SET/2017 12 0	COL. TERMOT.	0	0	0		
AGO/2017 12 3	COR	77	84	84		
JUL/2017 14 0	COL. TOTAIS	294	294	294		
MÉDIA(0) 12	DADOS REFERENTES A NOV/2017					

DATA DA IMPRESSÃO: 04/01/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:26:13
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)
ÁGUA
RESIDENCIAL E UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA 10 m³ 36,84
ESGOTO
PARCELAMENTO DE DEBITOS/PARCELA 01/02 36,84

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS (IS, PIS, COFINS, IPI) 12.778,11
VENCIMENTO: 16/01/2018 Total a Pagar: R\$ 75,14

COMPRESEGURÓS E ASEGURADAS.
22 FEVEREIRO 2018
PROTÓCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 5.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÉNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N.º 50 - JAGUARIPE - NO DIA 18/01/2018 AS 14:00H.





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

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.016.924 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Neteneys Alves Vieira Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura luvalidez da Vítima Neteneys Alves Vieira Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV. 2018

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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		Número	Complemento
<u>Rua Romualdo Ribeiro</u>		<u>172</u>	<u>Ap 103/Blo A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Guamá</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58067-205</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Guilherme699@gmail.com</u>	<u>(83) 99141-0354</u>	<u>(83) 99661-1341</u>	

João Pessoa, 22 de 02 de 2018
Local e Data

Guilherme Pereira da Silveira
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOS ITALAR MANGABEIRA
R. AG. ISCAU JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 910032 Atd: Nao Regulac
Data: 01/12/2016
Hora: 16:58:42
Repcionista: MARIA HELENA RIBEIRO /
Clinica: CIRURGICA

DADOS P TENTE
Nome: JO ALVES VIANA BASTOS
CNS: exo: M IDENTIDADE: 3422086 Fone: 987758883
Natu: PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1988 Id: 28 ano(s)
End: SIO GUERRA, PROFISSAO/MOTOBOY
Bairr: RIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Pai: VIANA BASTOS
Mae: I ALVES DA SILVA
Ocupaç: REGADOR SEM ESPECIFICA, -AO
INFORMA DE ENTRADA
Resp.: /GERALDO
Tel/Doc ponsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procede BAIRRO ESTRADA DA PENHA

*Noterco de Alves Viana
(Sergio guerra Bastos)*

FERIADO

Transp: itilizado: CARONA DE CARRO COM AMIGO
Vitima cidente por: QUEDA DE MOTO HA 10MIN INDO TRAB.MANASSAI
Vitima violência por: NA ESTRADA DA PENHA
[] Cas: olicial

PRE-CON: A CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de assificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
Queixa Principal Observacao
30/11/16

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico | Conduta

01/02/16
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 FEV. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

Prescrição
- 0: 0 500 1.000 | Horario da medicação
- 0 500 1.000 | 10:00
- 0 500 1.000 | 10:00
- 0 500 1.000 | 10:00
- 0 500 1.000 | 10:00

Alberto Barros Amorim





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 13

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

+ ORTOPEDIA +
+ Sem alterações em Rx
+ Sem lesões muscular-tendinea e nê
CD: Alta da ortopedia
A CIR. Geral.

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM-9390

HC general
Realizou-se sutura.
PDT segue com
dor importante
na região do
quadril (sic) e V.L.
Salvo manutenção
do V.L.

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

+ TRAMAL 300 - + 200 - - IV (4602)

Reservado p/ liberação

EDIMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED - CRM/PB 9058
IDT 070.074.707-2 MDE/EB

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM-9390

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.			
22 FEV. 2018			
PROTÓCOLO			
AG. JOÃO PESSOA			

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030 106 0061
040 100 10037





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 15



CERTIDÃO

Nº. 1263/2017

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial nº 9100032 pertencentes a **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS** que foi atendido dia 01/12/2016 às 16h58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em quadril direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado. Retornou dia 13/12/2016 às 09h05min com ficha nº 913100, apresentando fratura do acetábulo direito. Encaminhado para HETSHL.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	22 FEV. 2018
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 18

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) 13/12/2016 - Fute regulado
para HETSCAL, do 10m,
com Banda Ambulante e ent.

 Renata da Silva Laura Martins

Renata da Silva Lauro Martins
Assistente Social
CRESS 3629 / 13ª Região

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

000079
liberacao
00048

00704200

00706200

REGISTRO DO PACIENTE: M. G. JORGE P. B.

Transferido Desistencia UTI
Enfermaria Obito: Atestado SVO IMT
a pedido

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Natercyo Alves Viana Bastos

DATA DE NASCIMENTO 15/03/88

NOME DA MÃE Lucinete Alves da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 66616

BOLETIM DE ENTRADA N.º 967282

DATA DO ATENDIMENTO 13/12/16

HORA DO ATENDIMENTO 11:05

MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de acetáculo e quadril D.

CID 10 S32.4 S72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhada do Ortotrauma, com diagnóstico de luxação de quadril direito e fratura de acetáculo, após acidente de trânsito no dia 01/12. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, quadril D, coxa D, joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de acetáculo, fratura luxação de quadril D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de acetáculo e quadril direito

ALTA HOSPITALAR: 09/02/17

DATA DA EMISSÃO: 16/06/17

COOPERFREV
COOPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 21



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 967282



Identificação do paciente																
ID 501030	Nome NATERCYO ALVES VIANA BASTOS			Sexo Masculino												
Data de nascimento 15/03/1988	Idade 28 anos 8 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 66616												
Mãe LUCINETE ALVES DA SILVA				Pai GERMANO VIANA BASTOS												
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)												
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988365342	DDD Fixo:		Fone Fixo												
Tipo documento CPF	Número documento 08101026410	Nº Cns 206933584610005														
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB												
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R														
Endereço																
CEP 58052200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA WALFREDO MACEDO BRANDÃO													
Número 417	Complemento	Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA														
Admissão																
Data e Hora 13/12/2016 11:05:25	Número da pulseira 1000059761357	Convênio SUS														
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL															
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE															
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS														
Indicadores e Transporte																
Caso policial Não	Plano de saúde COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	Meio de ambulância não	Trauma Não													
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou															
Sinais Vitais	Redutora de manta c/colo femur e LME 22/12/2016 (DIA)															
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	De 22/12/2016 (DIA)												
Exames complementares																
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []												
Dados clínicos																
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">TOMOGRAFIA</td> </tr> <tr> <td>TIPO ...</td> <td>BACIA</td> </tr> <tr> <td>DATA ...</td> <td>19/12/16</td> </tr> <tr> <td>HORA ...</td> <td>09 : 32</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME TEC. RAD: Wosley</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ass.: </td> </tr> </table>					TOMOGRAFIA		TIPO ...	BACIA	DATA ...	19/12/16	HORA ...	09 : 32	NOME TEC. RAD: Wosley		Ass.:	
TOMOGRAFIA																
TIPO ...	BACIA															
DATA ...	19/12/16															
HORA ...	09 : 32															
NOME TEC. RAD: Wosley																
Ass.:																
<p>Imprimir</p> <p>med. iniciação quadul 13/12 De 13/12/2016 (DIA) CID Tempo 01min 58seg</p>																

13/12/2016 11:05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161

Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 22

Arte do

sefaz
~~subde~~

no 13 deus
~~pres~~

los: fisco

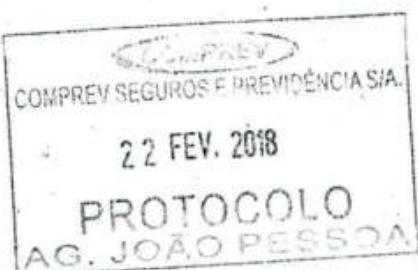
abt. Brasile

o. fisco

reduzido do

Bloco Lages

94.





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Natânia Alves Viana Bastos BE/Prontuário: 267282

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Jefferson 1º Assistente: Dr. Frederico

2º Assistente: Dr. Cláudia Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr.

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Luxação do quadril Direito	
• Fratura do patófiso Direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Redução e fixação da luxação do quadril Direito	
• Colocação de Trípode Transfíbula (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim Não. Descrição: PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Biopsia de Congelação: ()Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Gláuber M. Novais Miranda
CRM-PB 9220

João Pessoa,

13/12/16

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRISÃO DA CIRURGIA	
(1) Redução Posição e Preparo: 1- Paciente em Decúbito dorsal sob Anestesia	
Incisão:	2- Redução da luxação do quadril com placa de Troxão e caneta-Troxe
	3- Rx de controle após Redução
Achados:	(2) Troxe 1- Assepsia + Ansepsia 2- Afecções de caminhos cirúrgicos
Conduta:	3- Colagenase de Troxe e Transfusão com 1000 ml de 4.0 + 1 placa para de fixação + 30 kg de peso de Troxe.
	4- Curativo estéril
	5- Rx de controle.
Fechamento:	
Observação:	22 FEV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____

Guilherme Nolasco Miranda
 CRM-PB 0220

João Pessoa, 731/01/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

BE 967282

Nome do paciente: Matheyo Flores eliana Bastos
 Idade: 28 BE: 100 Fronha: 100 Enfermaria: 100 Leito: 100
 Cirurgia: Redução de luxação de quadril + fixação de luxação de quadril
 Cirurgião: Dr. Tadeu + Dr. Alex
 Anestesia: Balan + Sedacão
 Anestesista: Dr. Tadeu
 Instrumentador:
 Data: 13/02/16 Tempo Cirúrgico - Anestesia: Início: 16:00 Fim: 16:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA	30ml Ringer	JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°
RUPIVACAÍNA ISORÁRICA		JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°
CETAMINA		JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N°
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11	1	FIOS DE NYLON N°
FENOBARTITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23		FIOS POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIOS POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	1	FIOS POLIGLEICAPRONE N°
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIOS SEDA N°
MÓRFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUIN N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIN N°26G	SCALP N°21		FIOS DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUIN N°27G	SERINGA 3ML		FIOS DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIOS STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIOS STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		PRÓTESE VASCULAR
ATROFINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°		KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES		() CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		() CARDIOMONITOR
		GEL ELÉTROLÍTICO		() DESFIBRILADOR
COMPRESSE SECUNDÁRIA		JELCO N°14 E N°16		() FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16		() FOCO CENTRAL
				() MICROSCOPIO
				() OXÍMETRO DE PULSO
				() P.A. INVASIVA/ NÃO INVA
				() PERFURADOR ELÉTRICO
				() SERRA
				() CIRCUULANTE

22 FEV. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ana Leda Oliveira
 303177

INGLÊS



1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;

,

;



GRANT READER
SARASWATI

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13, 12, 16

PRONTOUÁRIO: 967282-



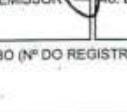


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>

Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 29

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.G.E.T.S.H.L			2 - CNES 4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Natereyo Alver Viana		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 967282			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/88		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Joas Pessoa			11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23- CID 10 PRINCIPAL		24- CID 10 SECUNDÁRIO 25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>cc: 3,5 Kompazgo - snat usuu. 01- jio de steinmann. n. 50 PREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 22 FEV. 2018 PROTOCOLO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>					
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE SUELIO MOREIRA TORRES			40. DATA DA SOLICITAÇÃO 09/10/2020		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 10575325800000033740161		43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
AUTORIZAÇÃO					
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45. CÓD. ORGÃO EMISSOR 46. DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 10575325800000033740161		49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	

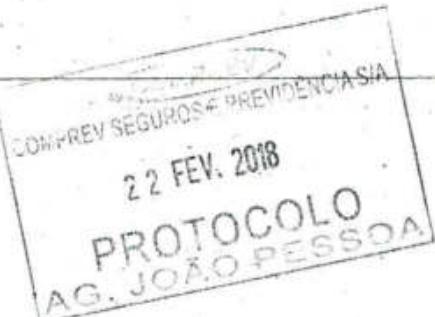




SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52- QTDE
53- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55- QTDE
56- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58- QTDE
59- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61- QTDE
62- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64- QTDE
65- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67- QTDE
68- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70- QTDE
71- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73- QTDE
74- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76- QTDE
77- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79- QTDE
80- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82- QTDE
83- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85- QTDE
86- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88- QTDE
89- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91- QTDE
92- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94- QTDE
95- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97- QTDE

98- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)



PROFISSIONAL SOLICITANTE

99- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

100- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

1800053761387 BE.: 967282
NATERCY ALVES VIANA BASTOS
DT. NASC.: 16/03/1988
MRE: LUCINETE ALVES DA SILVA
END. 1 RUA WILFREDO MACEDO BRANDAO
N. 417 - JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA
JOÃO PESSOA
FONE: (83) 980365342
CELULAR: (83) 980365342
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 20/05/2015 09:12:11

NOME DO PACIENTE: IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS () Pêrvias () Obstruídas

AÉREAS () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD	() Presente e normal	() Presente e normal
() Rude	() Rude	
() Diminuído	() Diminuído	
() Ausente	() Ausente	

2- RUIDOS

() Sim	Roncos	Roncos
HTD	Sibilos	Sibilos
	Estertores	Estertores
() Não		

FR: imp SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: () Fotorreageente () Paralisadas () Isocôricas () Anisocôricas

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
		ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedeça aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:				Nenhuma	1

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

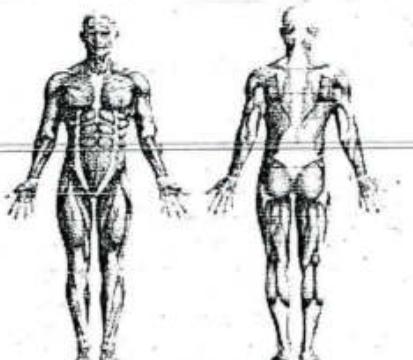
22 FEV. 2018

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
IMUNIZAÇÃO Não Sim: _____
PATOLOGIA Não Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado		
		1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal
		10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Quimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36

OBS.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	SAC 7.800 (G)		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às: _____ do dia _____/_____/_____
 Solicito parecer da _____ às: _____ do dia _____/_____/_____

DESTINO DO PACIENTE
DATA _____ **DA** _____ **SAÍDA** _____ **HORAS:** _____
 Centro cirúrgico Tranferência (unidade de saúde) _____
 Internado (setor) _____
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSINURA/CARIMBO	ASSIN
ASSINURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

ASSIN
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

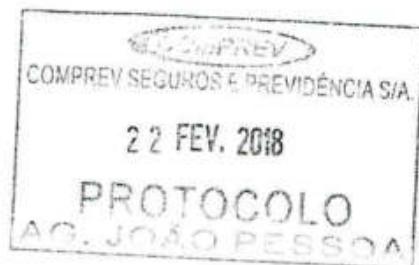
F(NG).CC.001-1





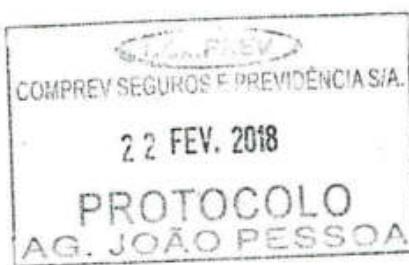
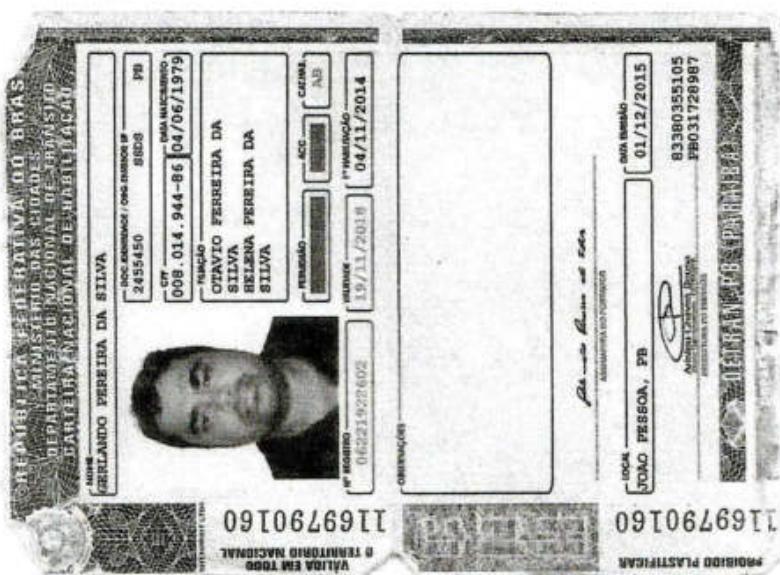
J
P
N

(3)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 34



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710719047 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 28/07/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
08101026410 MOQ8106/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00979308151 HONDA/XR 250 TORNADO

ANO FAB. CAT. TARI. Nº CHASSI
2008 9 9C2MD34008R027790

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
***** 00 00

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO 28/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1359426-20160728

AUTENTIFICADO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 37

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB **Nº 012710719047**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. HABITAM 20160000323397-4 EXERCÍCIO
1 0097930815-1 00/00000000 2016

NOME
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

CPF/CNPJ 08101026410 PLACA MOQ8106/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB 842MD34008R027790 CHASSI

ESPECIE TIPO DAS / MOTOCICLE / NAO APPLI COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 2 P / 249 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
PVA PAGO EM 01/01/2016 1º
V FAIXA I.PVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º
A*****0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 28/07/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

CABEDELO - PB LOCAL
41823

DATA 28/07/2016
7003781

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS** Sinistro: **3180091730** Data: **01/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a):
Rua Walfrido Macedo Brandão, 917, ap 203 - Jardim Cidade Universitária - João Pessoa - PB - CEP 58052-200

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3422086**

Data local do exame: [**12/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura luxação de quadril direito. Paciente apresenta claudicação importante à direita, dor no quadril. Déficit de força de membro inferior direito, atrofia muscular.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente deu entrada com fratura luxação de quadril direito. Feita redução inicial seguido de tração transesquelética. Posteriormente foi realizado tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo. Evoluiu com dor e claudicação e limitação de movimentos de membro inferior direito.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente com claudicação, déficit de força de membro inferior direito grau 4, atrofia muscular de coxa e perna direita, flexão de quadril 0-30°, extensão 0-10°, rotação interna 0-30°, rotação externa bloqueada. Joelho com flexão 0-90°. Tornozelo e pés normais.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretas decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Douglas Michalane Pires Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 39

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180091730 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 40

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180091730 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATRCY O ALVES VIANA BASTOS **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação de quadril direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente com claudicação, déficit de força de membro inferior direito grau 4, atrofia muscular de coxa e perna direita, flexão de quadril 0-30°, extensão 0-10°, rotação interna 0-30°, rotação externa bloqueada. Joelho com flexão 0-90°. Tornozelo e pés normais.

Resultados terapêuticos: Paciente deu entrada com fratura luxação de quadril direito. Feita redução inicial seguido de tração transesquelética. Posteriormente foi realizado tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo. Evoluiu com dor e claudicação e limitação de movimentos de membro inferior direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, marcha claudicante, limitação grave da mobilidade do quadril e limitação da flexão do joelho).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575325800000033740161>
Número do documento: 20100910575325800000033740161

Num. 35312699 - Pág. 41

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Notercyo Alves Viana Bastos, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Motoboy, CI RG nº 3422086 55 PIPB, CPF/MF nº 088.010.264-20, residente e domiciliado(a) à Rua Walfredo Macêdo Braga, 914/Ap 203- jd. Univ. Universitário, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58052-200, telefone (83) 99661-1341, (83) 99171-0354.

OUTORGADO: Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

20 de JOÃO PESSOA de 20 17.

João Pessoa

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Notercyo Alves Viana Bastos

OUTORGANTE



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via da parte)
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 200.9.20.53898/01	
				Data de emissão: 01/10/2020
Número da 200.2020.653898	Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35	Tipo da Custas de Recursos	Data de vencimento: 31/10/2020	
				UFR vigente: R\$ 51,87
				Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
				Parcela: 1/1
				Valor total: R\$ 312,57
				Desconto total: R\$ 0,00
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.				
 <p>866600000032 125709283183 520201031207 092053898018</p>				Valor final: R\$ 312,57

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via do processo)
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 200.9.20.53898/01	
				Data de emissão: 01/10/2020
Número da 200.2020.653898	Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35	Tipo de Custas de Recursos	Data de vencimento: 31/10/2020	
				UFR vigente: R\$ 51,87
				Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
				Parcela: 1/1
				Valor total: R\$ 312,57
				Desconto total: R\$ 0,00
				Valor final: R\$ 312,57

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via do banco)
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 200.9.20.53898/01	
				Data de emissão: 01/10/2020
Número da 200.2020.653898	Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35	Tipo de Custas de Recursos	Data de vencimento: 31/10/2020	
				UFR vigente: R\$ 51,87
				Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
				Parcela: 1/1
				Valor total: R\$ 312,57
				Desconto total: R\$ 0,00
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.				
 <p>866600000032 125709283183 520201031207 092053898018</p>				Valor final: R\$ 312,57





Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
	05/10/2020	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	
05/10/2020	20002020653898	0801411-95-2019.815-2003	
UF/COMARCA	ÓRGÃO/VARAS	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
PB	Vara Cível	REU	312,57
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		Jurídica	61074175000138
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS		FÍSICA	08101026410
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA			
122F827D4925692F			
CÓDIGO DE BARRAS			
86660000003 2 12570928318 3 52020103120 7 09205389801 8			



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n. 08014119520198152003

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, apresentar seu **RECURSO DE APelação**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 23 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575377900000033740165>
Número do documento: 20100910575377900000033740165

Num. 35312704 - Pág. 1

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA / PB

Processo n.º 08014119520198152003

APELADA: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

APELANTES: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DAS RAZÕES DO RECURSO

COLENDÂ CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

Conforme apresentado na peça de bloqueio, a parte autora, ora Apelada, encontrava-se inadimplente com o prêmio do seguro, quando da ocorrência do sinistro, motivo pelo qual não há cobertura para o mesmo.

Inconformada, a demandada vem apresentar as razões do recurso de apelação, ora interposto, vez que a sentença proferida pelo juízo *“a quo”* deve ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos.

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Por amor ao debate a Apelante traz à baila, em uma simples consulta em seus arquivos que a parte Apelada, já percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outros sinistros ocorridos em 01/12/2016 e 15/12/2010, já tendo recebido da Seguradora administrativamente exatamente a quantia de R\$9450,00 referente ao MID.

Sinistro ocorrido em 01/12/2016 – regulação administrativa nº 3180091730– pagamento no valor de R\$4.725,00– referente à 50 % do MID.

Sinistro ocorrido em 15/12/2010 – processo judicial de n 20020121245985 DA 13 VC DE JOÃO PESSOA/PB (id 23154964,23154962, 23154965) – pagamento no valor de R\$ 4725,00 – referente à 50 % do MID.

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Ademais verifica se que o apelado já recebeu o teto (limite máximo indenizável- LMI) referente a lesão do MID, qual seja, R\$ 9.450,00.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575377900000033740165>
Número do documento: 20100910575377900000033740165

Num. 35312704 - Pág. 2

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO. Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. RECURSO IMPROVIDO.

(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)

Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM, A FIM DE QUE SEJA RETIRADO DA CONDENAÇÃO A LESÃO REFERENTE AO MID REDUZINDO PARA R\$ 1.687,50 SOMENTE REFERENTE AO PUNHO 50 %.*

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso.



Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 23 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575377900000033740165>
Número do documento: 20100910575377900000033740165

Num. 35312704 - Pág. 4

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 4246-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na 15477 - OAB/PB, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08014119520198152003.

Rio de Janeiro, 23 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES** - 09/10/2020 10:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100910575377900000033740165>
Número do documento: 20100910575377900000033740165

Num. 35312704 - Pág. 5