



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
35312347	09/10/2020 10:57	Apelação		Apelação
35312699	09/10/2020 10:57	2609889_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03		Outros Documentos
35312700	09/10/2020 10:57	2609889_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02		Outros Documentos
35312704	09/10/2020 10:57	2609889_RECURSO_DE_APELACAO_01		Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Nº Sinistro: 3180091730

Vítima: 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

Pag. 01253/01254 - carta_01 - INVALIDEZ



00020627



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

Pag. 00295/00296 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12463959



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

Pag. 01503/01504 - carta_15R - INVALIDEZ

00010752



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.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	Natencyo Alves Vieira Bastos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Natencyo Alves Vieira Bastos		081.010.264-10		Motoboy
Endereço		Número	Complemento	
Rua Walfredo Macedo Brendano		914	Ap 203	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Ed. cid. universitária João Pessoa		PB	58052-200	
Email		Telefone (DDD)		
gabriel699@gmail.com		(83) 99660-1341		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (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.

João Pessoa, 29 de Novembro de 2014
Local e Data

x Natencyo Alves Vieira Bastos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 Nº 01925.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: 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 Macedo Brandão, Nº 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.**

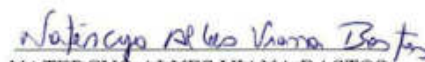
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

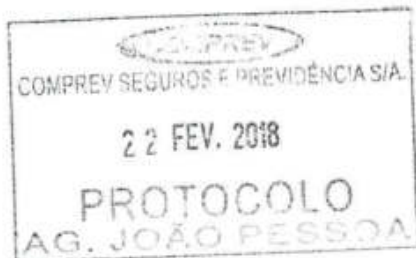
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR 250 TORNADO, PRETA, 2008/2008, PLACA MOQ8106/PB, CHASSI 9C2MD34008R027790, registrada em nome do noticiante, pela Av. Hilton Souto Maior, quando ao passar por um girador próximo ao Centro de Hipismo foi trancado por um CARRO não identificado e ao frear perdeu o controle da moto vindo a cair a solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 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, excepo 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



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

Natércio Alves Viana Bastos

CPF da Vítima

081.010.264-10

Data do Acidente

09/02/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de Novembro de 2014

Local e Data

x Natércio Alves Viana Bastos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1001 V001/2017



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CONVÊNIO HOSPITALAR MANGABEIRA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
66-384 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
Recepcionista: EDILENE FREIRE DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Num. de vezes atendido: 5

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.: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Rel/Doc. Responsavel: 88070246 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: INTERCORRENCIA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Torc. Abd: 02%

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Chocado

[] Vômito

Observacao

Intervenção Principal

Intervenção



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ACIDENTE NA + 1ª SEMANA, COM DOR +
CLAUDICACAO COM BOMBILHO (P)

Diagnostico

Conduta

Ex ACETABULO (P) (LUSTRO)

Horario da medicacao

AO HOSPITAL

DE RETORNO

FEATURADO

Dr. Umberto Salsen
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5769



LUCINETE ALVES DA SILVA
RUA WALFREDO MACEDO BRANDAO, 817 / APT 203 - JOÃO PESSOA / PB - CEP: 58052-200 (AG. 1)

Emissão: 14/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 7-5-817-8520 Nº medidor: 00001348143

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 0000484 067
Cód. para Dtb. Automático: 00000110823

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
O valor na conta do item "COMPLEMENTO REALISTE TARIÁRIO" corresponde à cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação da Resolução Normativa nº 2.281, cont. 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	Leitura	Data	Leitura			
16/10/17	21550	14/11/17	21633		83	28

Demonstrativo		Valor Social Cód. Atividade (001) Cód. Perfil (001)		Cód. (001)	
Cód. Descrição		Quantidade		Tributos (R\$)	
				Tributos (R\$)	
				Tributos (R\$)	
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,250830	7,52	7,52 25
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	83,000	0,430170	22,79	22,79 25
0601	Adic. B. Vermelha			2,83	2,83 25
0610	Subsídio			22,99	22,99 25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0907	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			1,32	0,00 0
0908	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017			0,13	0,00 0
0902	BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 11/2017			6,72	0,00 0
0909	COMPLEMENTO REALISTE TARIÁRIO 10/2017			7,08	0,00 0
0906	Devolução Subsídio			-22,29	0,00 0
TOTAL				54,95	55,93

Média últimos meses (kWh):
163

VENCIMENTO
22/11/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 54,95

Histórico de Consumo (kWh)

Out/17 | Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16

RESERVADO AO FISCO: 666b.6451.6ddc.05cc.4617.1f25.8114.f32a.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,18	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,36		
DIC ANUAL	20,72		
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA 200
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL	13,20		
DIC	2,54	0,00	
DICR	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	7,54	14,09
Compra de Energia	11,13	20,35
Serviço de Transmissão	1,18	2,17
Encargos Setoriais	2,14	3,99
Impostos Diretos e Encargos	22,99	41,84
Outros Serviços	9,81	17,56
Total	54,95	100,00

Valor do EUSD (Ref. 8/2017) R\$ 11,53

ATENÇÃO

NAVIRO DE VENCIMENTO O valor da fatura (R\$) acima não pode ser utilizado em caso de suspensão de fornecimento, a partir de 28/11/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após essa data, não elimina a possibilidade de suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
A sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 22,22.
- Leitura confirmada.
- Contrato 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



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



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA:

701281092

REFERÊNCIA

JAN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.093.655.0110.103		103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
V44N162131	18/11/2011	EXTERIOR LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (H3) 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. CONFORMES		
NOV/2017	13	0	TURBIDEZ		294	294	
OUT/2017	12	0	CLORO		294	294	
SET/2017	12	0	COL. TERMOT		0	0	
AGO/2017	12	3	COR		77	84	
JUL/2017	14	0	COL. TOTAIS		294	294	
MEDIA(H)	12	DADOS REFERENTES A: NOV/2017					

DATA DA IMPRESSÃO: 04/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 16:26:54

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 H3	36,84
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 01/02		38,30

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 3,41 PIS E COFINS LEI 12.740/11

VENCIMENTO:

16/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 75,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 267 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.

LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N.º 50 - JAGUARIBE - PB - NO DIA 18/01/2018 ÀS 14:00H.

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

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 COAF**².

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 Gerlando Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.010.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Natenejo Alves Vieira Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Natenejo Alves Vieira Bastos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda: 22 FEB. 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 <u>Rua Romualdo Rolim</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>Ap 103/BLA</u>
Bairro <u>Guaraná</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58067-205</u>
Email <u>gerlan699@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99141-0354</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99661-1341</u>

João Pessoa 22 de 02 de 2018
Local e Data

Gerlando Pereira da Silva
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AC. ISMAEL 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
Recepcionista: MARIA HELENA RIBEIRO /
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOAO 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
Bairro: RIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: VIANA BASTOS
Mae: I ALVES DA SILVA
Ocupaç.: REGADOR SEM ESPECIFICAA, -AO
INFORMA: DE ENTRADA
Resp.: /GERALDO
Tel/Doc: ponsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procede: BAIRRO ESTRADA DA PENHA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.12.000068

Natário do Sr. Viana Bastos
(Sergio Guerra)
FATURADO

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

PRE-CON: A CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de assificação de Risco:

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

- POLITRAUM. Queda de moto. Não tem.
nenhuma lesão. Não sintoma. Não dor.
- com o m. esquerdo moído. Relato cirúrgico.
de remoção de corpo na E4 2-05.
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

- 16/03/2018: Normal
- com o m. esquerdo moído

Diagnostico | Conduta

Prescriçao | Horario da medicação

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

- 1. 500 mg 1.000 + 5 - 2
2. 100 mg 1.000 + 5 - 5
3. 100 mg 1.000 + 5 - 5
4. 100 mg 1.000 + 5 - 5

Alberto Barros Araújo





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

+ ORTOPEDIA +

+ Sem alterações em Rx

+ Sem lesões Musculo-Tendíneas e não

CD: Alta da ortopedia
A CIR. Geral.

HC geral
Realizar exame
Pto segue com
do importante
em região do
quadril (Sic) + V. L. da casa
Sal. e To. no laboratório
do U.S.

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM 9390

PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

+ TRAMAL 100 + 200 - IV (Agora)

Alta do hospital

EDMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - CRMPE 9058
IDT 070.014.707-2 MD/EB

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM 9390

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030 106 0061
040 101 1058







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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017



Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959







01. 13/12/2016 - Pte regulado para HETSUL, do JOR, com Bena. Ambulância ent.

Renata da Silva Laura Martins
Assistente Social
CRESS 3029 / 13ª Região

[illegible]

Assinatura ~~da Enfermagem~~

PROCEDIMENTO REALIZADO

32 FEB. 2018

BRATOCOLO

TESTE DO PACIENTE

Residência

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

Ata a pedido

[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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 acetábulo 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 acetábulo, após acidente de trânsito no dia 01/12. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

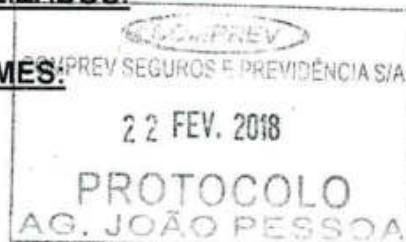
RX bacia, quadril D, coxa D, joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

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

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo e quadril direito



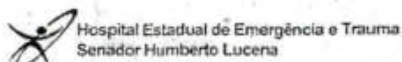
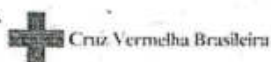
ALTA HOSPITALAR: 09/02/17
DATA DA EMISSÃO: 16/06/17

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







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 MEDIO 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 UNIDADES SAUDE	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 URGÊNCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Meio de ambulância COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	Pulso mmHg		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">TOMOGRAFIA</p> <p>TIPO ... <u>BACIA</u></p> <p>DATA ... <u>19/12/16</u></p> <p>HORA ... <u>09 : 32</u></p> <p>NOME TEC. RAD. ... <u>WOSLEY</u></p> <p>Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO</p> <p>ASS.: <u>[assinatura]</u></p> </div>				
				Tempo 01min 58seg

Imprimir

13/12/2016 11:05





Carta do
Ator (1)
no 13 de Junho
de 2018
Abd. B. B. B.

30

Carta

Redução do
Bloco Anual

30

94

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Nataneza Alves Viana Bastan BE/Prontuário: 967282
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Jefferson 1º Assistente: Dr. Frederico
2º Assistente: Dr. E. A. A. A. Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr.
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 7 : _____ Término 12 : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>• Luxação do quadril direito</u>	
<u>• Fratura de acetábulo direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>• Redução momentânea de luxação do quadril direito</u>	
<u>• colocação de Targia Transfemoral</u> ①	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

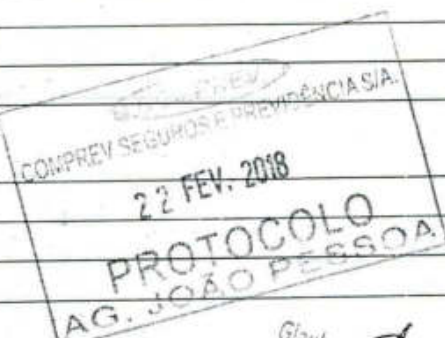
Médico/CRM: _____

Glauber M. Novais Miranda
CRM - PB 9220

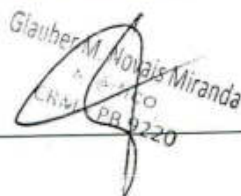
João Pessoa, 13/12/16

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1- Redução
Incisão:	1- Paciente em Decúbito dorsal sob Anestesia
	2- Redução da luxação do quadril com manobra de Trovão de Cantu-Trovão
	3- Rx de controle Após Redução
Achados:	2- Trovão
	1- Anestesia + Anestesia
	2- Anestesia de Cantu-Trovão
Conduta:	3- colocação do Trovão Transfemoral com fixação de 40 + placa de fixação de 30 kg de peso de Trovão.
	4- Curativo estéril
	5- Rx de controle
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:


Glauber M. Novais Miranda
CRM PR 9220

João Pessoa, 13/01/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

BE 967282

NOME DO PACIENTE: Natercio Alves Eliana Bastos
 IDADE: 28 BE 28 PONTAÇÃO 28 ENFERMAGEM 28 LEITO 28
 CIRURGIA: Redução de movimento de quadril
 CIRURGIÃO: Dr. Sueli + Dr. H. Instalação de braço
 ANESTESIA: Balqui + Sedação
 ANESTESISTA: Dr. Luiz J. J. J.
 INSTRUMENTADOR: Dr. J. J. J.
 DATA: 13/01/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 16:05 FIM: 16:40 CIRURGIA: INÍCIO: 16:05 FIM: 16:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)		ÍNDICE DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18	
RUPIVACAÍNA ISOMÉRICA		JELCO Nº20	
RUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	
CETAMINA		JELCO Nº24	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11	1
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	
MORFINA		AGULHA 40X12	
NIMBILIM		AGULHA PERIDURAL Nº16	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	
PROPOFOL		AGULHA RAQUIN Nº25G	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUIN Nº26G	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUIN Nº27G	1
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	
MEDICAÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ADRENALINA		BOLSA P/ COLOSTOMIA	
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	1
BEXTRA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº16	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18	
EFEDRINA		CATETER EPIDURAL Nº19	
FIROSEMIDA		CATETER EPIDURAL Nº20	
GLICOSE 50%		CATETER EPIDURAL Nº21	
GLUCONATO DE CÁLCIO		CATETER EPIDURAL Nº22	
HIPOCORTISONA		CATETER EPIDURAL Nº23	
LIDOCAÍNA GELÉIA		CATETER EPIDURAL Nº24	
ONDASENTRONA	1	CATETER EPIDURAL Nº25	
PLASIL		CATETER EPIDURAL Nº26	
PROSTIGMINE		CATETER EPIDURAL Nº27	
PROTAMINA		CATETER EPIDURAL Nº28	
TENOXICAN		CATETER EPIDURAL Nº29	
		CATETER EPIDURAL Nº30	
		CATETER EPIDURAL Nº31	
		CATETER EPIDURAL Nº32	
		CATETER EPIDURAL Nº33	
		CATETER EPIDURAL Nº34	
		CATETER EPIDURAL Nº35	
		CATETER EPIDURAL Nº36	
		CATETER EPIDURAL Nº37	
		CATETER EPIDURAL Nº38	
		CATETER EPIDURAL Nº39	
		CATETER EPIDURAL Nº40	
		CATETER EPIDURAL Nº41	
		CATETER EPIDURAL Nº42	
		CATETER EPIDURAL Nº43	
		CATETER EPIDURAL Nº44	
		CATETER EPIDURAL Nº45	
		CATETER EPIDURAL Nº46	
		CATETER EPIDURAL Nº47	
		CATETER EPIDURAL Nº48	
		CATETER EPIDURAL Nº49	
		CATETER EPIDURAL Nº50	
		CATETER EPIDURAL Nº51	
		CATETER EPIDURAL Nº52	
		CATETER EPIDURAL Nº53	
		CATETER EPIDURAL Nº54	
		CATETER EPIDURAL Nº55	
		CATETER EPIDURAL Nº56	
		CATETER EPIDURAL Nº57	
		CATETER EPIDURAL Nº58	
		CATETER EPIDURAL Nº59	
		CATETER EPIDURAL Nº60	
		CATETER EPIDURAL Nº61	
		CATETER EPIDURAL Nº62	
		CATETER EPIDURAL Nº63	
		CATETER EPIDURAL Nº64	
		CATETER EPIDURAL Nº65	
		CATETER EPIDURAL Nº66	
		CATETER EPIDURAL Nº67	
		CATETER EPIDURAL Nº68	
		CATETER EPIDURAL Nº69	
		CATETER EPIDURAL Nº70	
		CATETER EPIDURAL Nº71	
		CATETER EPIDURAL Nº72	
		CATETER EPIDURAL Nº73	
		CATETER EPIDURAL Nº74	
		CATETER EPIDURAL Nº75	
		CATETER EPIDURAL Nº76	
		CATETER EPIDURAL Nº77	
		CATETER EPIDURAL Nº78	
		CATETER EPIDURAL Nº79	
		CATETER EPIDURAL Nº80	
		CATETER EPIDURAL Nº81	
		CATETER EPIDURAL Nº82	
		CATETER EPIDURAL Nº83	
		CATETER EPIDURAL Nº84	
		CATETER EPIDURAL Nº85	
		CATETER EPIDURAL Nº86	
		CATETER EPIDURAL Nº87	
		CATETER EPIDURAL Nº88	
		CATETER EPIDURAL Nº89	
		CATETER EPIDURAL Nº90	
		CATETER EPIDURAL Nº91	
		CATETER EPIDURAL Nº92	
		CATETER EPIDURAL Nº93	
		CATETER EPIDURAL Nº94	
		CATETER EPIDURAL Nº95	
		CATETER EPIDURAL Nº96	
		CATETER EPIDURAL Nº97	
		CATETER EPIDURAL Nº98	
		CATETER EPIDURAL Nº99	
		CATETER EPIDURAL Nº100	

COMPREV SEGUROS
 22 FEV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

Ana Paula S. Carneiro
 30/01/16

5 -

03

03



FICHA DE ANESTESIA

002/2011

DATA: 13/12/16

PRONTUÁRIO: 967282

PACIENTE: NATEZYO ALVES VIANA BASTOS SEXO: M COR: IDADE: 28 A

PRETÉRITO MATERIAL PULSO 83 RESPIRAÇÃO EUPNEICA TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜINEO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO FEJUM ADEQUADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTESIA DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO

CIRURGIA REALIZADA REDUÇÃO INCRUMENTA + TRACÃO TRANSFIBIAL

CIRURGIÃO DR. FRED AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA 16:35h DURAÇÃO DA ANESTESIA 45 min.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R5

ANESTESISTA 15:50h CPF Luiz Priore CRM-PB 7556

ENTRADA 15:50h 16:35h

U. N.º

LUIZ PRIORE Médico Anestesiologista CRM-PB 7556

LÍQUIDOS VENOSOS 500ml



ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA

ANESTESIA X PARTERUBISTOLICA DIASTOLICA







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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H.E.E.T.S.H.L

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Naterezo Alves Viana

967282

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

25/03/88

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

João Pessoa

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ 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

ex: 3,5 Compazço - mais um
01. pic de steinman - m: 5,0

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

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)

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

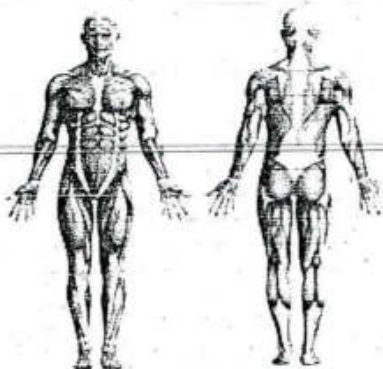


EXAME SECUNDÁRIO

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 | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 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	SUSC. 500-16		
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 _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).CC.001-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

DOC IDENTIDADE / ORIG EXIBIDO DT
3422086 SSP PB

CPF 081.010.264-10 DATA NASCIMENTO 15/03/1988

TRUÇÃO
GERMANO VIANA BASTOS
LUCINETE ALVES DA SILVA

PERMISSÃO ACE CATAR
AD

Nº REGISTRO 03830331110 VALIDEZ 06/07/2020 1ª HABILITAÇÃO 28/04/2006

OBSERVAÇÕES

Natercyo Alves Viana Bastos

SIGNATURA DO PORTANTE

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 07/07/2015

23961688058
PB030949629

SIGNATURA DO EMISSOR

1152535964

JP
(3)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

GERALDO PEREIRA DA SILVA

DOC. EMITIDO / DATA DE EMISSÃO / UF
 2455450 / 08/06/1979 / PB

CPF: 014.944-86

NACIONALIDADE
 OTAVIO FERREIRA DA SILVA
 REGENA FERREIRA DA SILVA

PRIMEIRO SOBRNOME
 ACZ
 CEFER
 AB

DATA DE NASCIMENTO
 08/06/1979

1ª EMISSÃO
 04/11/2014

2ª EMISSÃO
 01/12/2015

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169790160

1169790160

06221927602

19/11/2018

04/11/2014

01/12/2015

83380355105

PB031728987

PROIBIDO PLASTIFICAR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



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 2016 DATA EMISSÃO 28/07/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 08101026410 PLACA MQQ8106/PB

RENAVAM 00979308151 MARCA / MODELO HONDA/XR 250 TORNADO

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1359426-20160728

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012710719047

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. DE REG. 0097930815-1 EXERCÍCIO 2016

NOME
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

CPF / CNPJ
08101026410

PLACA
MOQ8106/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
962MD34008R027790

ESPECIE TIPO
MOTOCICLETA / MOTO 350 cc

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
L PVA PAGO EM 01/01/2016

VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA I.P.V.A. A*****0 PARCELAMENTO / COTAS

2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
28/07/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CABEDELO - PB LOCAL

0

41823



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

DATA
28/07/2016

7003781

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO
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 Walfredo 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 diretamente 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 - CRM: 5336 - PB



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

Valoração 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 %	R\$ 0,00

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:



PARECER DE PERÍCIA 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

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 transesqueletica. 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:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Notercyo Alves Viana Bastos
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão Motorista
CI RG nº 3422086 SSP/PB
CPF/MF nº 081.010.264-10 residente e domiciliado(a) à Rua Walfredo Macedo Brandão, 914/Ap 203-Jd. ead. 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

29 de 21 de 20 17.



CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA


OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Sof. Rômulo Vieira Batista - Tabela / Sof. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Elza Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira II - CEP 58052-011 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 339-4509 / 339-4508

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: WATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 29/11/2017 14:06:00
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
T2017-056320JEMOL:R4 #9,23 FARPEN:R4 0,27 FEPJ:R4 1,85 JCS/R4 0,00
SELO DIGITAL: AG005380-W4W6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

2º Ofício
Notarial
Elas Pereira de
Araújo 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB
VIEIRA BATISTA

 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 (Via da parte)			Número do boleto: 200.9.20.53898/01
			Data de emissão: 01/10/2020
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 200.2020.653898 Tipo da Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente NATERCYO ALVES VIANA BASTOS Promovido: MAPFRE			Parcela: 1/1
Valor da causa: R\$ 9.450,00			Valor total: R\$ 312,57
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Desconto total: R\$ 0,00
866600000032 125709283183 520201031207 092053898018 			Valor final: R\$ 312,57

 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 (Via do processo)			Número do boleto: 200.9.20.53898/01
			Data de emissão: 01/10/2020
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 200.2020.653898 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Promovente NATERCYO ALVES VIANA BASTOS Promovido: MAPFRE			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Valor da causa: R\$ 9.450,00			Parcela: 1/1
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Valor total: R\$ 312,57
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 312,57

 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 (Via do banco)			Número do boleto: 200.9.20.53898/01
			Data de emissão: 01/10/2020
Nº do Processo: 0801411-95.2019.815.2003	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 200.2020.653898 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente NATERCYO ALVES VIANA BASTOS Promovido: MAPFRE			Parcela: 1/1
Valor da causa: R\$ 9.450,00			Valor total: R\$ 312,57
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Desconto total: R\$ 0,00
866600000032 125709283183 520201031207 092053898018 			Valor final: R\$ 312,57



Nº DA PARCELA	Nº DA CONTA JUDICIAL 0	
DATA DA GUIA 05/10/2020	AGÊNCIA (PREF / DV) 0	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
Nº DA GUIA 2002020653898	Nº DO PROCESSO 0801411-95.2019.815.2003	
UF/COMARCA PB	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU
NOME DO RÉU/IMPETRADO MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A	TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 61074175000138
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE NATERCYO ALVES VIANA BASTOS	TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 08101026410
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 122F827D4925692F		
CÓDIGO DE BARRAS 86660000003 2 12570928318 3 52020103120 7 09205389801 8		





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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



PROCESSO ORIGINÁRIO DA 1ª 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

COLEDA 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.joaobarbosaadvass.com.br



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 vênica, 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

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 n.º 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

