

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2015

Carta nº: 7938486

A/C: MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

Sinistro: 3150868029  
Vitima: MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta nº: 8029714

A/C: MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

Sinistro: 3150868029  
Vítima: MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150868029 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SÃO JOÃO DO CARIRI nº 66 - TIBIRI - SANTA RITA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3088853 - SSP**  
Data local do exame: **06/11/2015 JOAO 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 DE OSSOS DA PERNA DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

#### FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DESVIO ROTACIONAL DO EIXO DA PERNA DIREITA PARA FORA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, ANDAR CLAUDICANTE. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 18 CM EM PERNA E TORNOZELO DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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(\*).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

-

Local e data de realização do exame médico legal:

**PB - JOAO PESSOA, 06/11/2015**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM: 2732 PB**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3088853 EXPEDIDO POR SSPPB EM 27/06/2015  
 CPF 015882234-05 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO relaxou  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURO LEITE U. PESSOA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 678935

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA 25 de AGOSTO de 2015 Mauro Leite de Menezes Pessoa  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez (tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

DOCUMENTO 1

\*T1%\*

relação vigente  
acordo com a

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

 HORÁRIOS E LIMITES



CONFIRMAÇÃO



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

Conta origem:

0034 / 003 . 00001330-7

Conta destino:

0036 / 013 . 00067893-5

Agência destino:

CABO BRANCO

Nome destinatário:

MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

Valor:



Identificação da transferência:

C

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015



DOCUMENTO 1 "T1%"



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL  
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2236/2015**

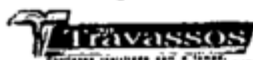
Aos nove dias do mês de julho do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:59h, compareceu o (a) Senhor (a): **MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 31 anos de idade, Mecânico de Motos, Alfabetizado, filho de Tomaz Pessoa Neto e de Maria Gorette de Menezes Pessoa, RG. 3.088.853-SSP/PB, residente na Rua do Cariri, nº 66, Tibiri III, Santa Rita/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 22/03/15, por volta das 19:30h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125E, cor preta, ano 2009/2010, de placa NQA-0575/PB, chassi nº 9C6KE1210A0033270, registrada em nome de Maxwell Ruan de Lima Martins, pela via principal do Bairro de Fagundes, na cidade de Lucena/PB, ao desviar de uma poça de lama, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de ossos da perna direita, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 09 de julho de 2015.

Notificante

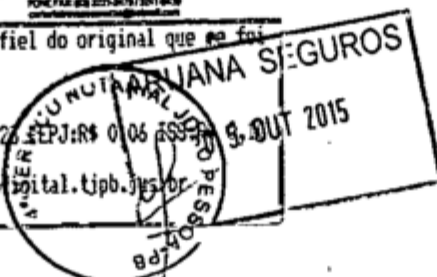
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.602-0

Escrivão



43 TABELIONATO DE NOTAS  
RUA NOROCCOS DE AGUIAR, 18 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB  
FONE/FAX: (83) 3218-5334 / 3218-5335  
contato@travassos.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
João Pessoa-PB 31/08/2015 13:43:10  
Moniky de Aguiar Freitas - Escrevente  
[2015-031996] EMUL:R\$ 1,94 FAFEN:R\$ 0,26 SEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 3,00  
SELO DIGITAL: ACA24880-DIPE  
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus.br>



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURO LEITE DE LENEZES PESSOA, portador da carteira de identidade nº 3088853 e inscrito no CPF sob o nº 075882234-05 residente e domiciliado na R. SÃO JOÃO DO CARIRI, 66 TIBIRI, Cidade SAUÁ RITA, Estado PB, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mauro Leite de Lenezes Pessoa

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 25 DE AGOSTO DE 2013  
Local e data





# COMPROVANTE DE ATO DECLARATÓRIO

Ficha Nr: 744814

Atd: Nao Rcs

Data: 22/03/2015

Hora: 20:55:20

Recepcionista: IVANNA MARTINS DO NASCIMENTO

Clinica: CIRURGICA

Nº. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.03.002076

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

ATALAR MANGABEIRA

JOSE COSTA DUARTE, S/N

JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

1961 CNPJ: 10.202.434/0001-28

NO PACIENTE

MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3088853 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB

Data Nasc.: 03/03/1984 Id: 31 ano(s)

End.: RUA- SAO JOAO DO CARIRI, S/N

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: TOMAZ PESSOA NETO

Mae: MARIA GORETTE DE MENEZES PESSOA

Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

R. ESPOSA-CELIANA

Doc/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO LUCENA-FAGUNDES

DOCUMENTO 3 "T3%"



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO/HJ AS 19:00H BRANCO-

Vitima de violência por: 2 GRAU INCOMPLETO PROX A QUADRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: PR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulso

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispnoia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Lesão Principal

[ ] Vômito

QUEDA MOTO- FRSTURS MID

Observacao

NEGA PANCADA NA CABECA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PRE VITIMA DE QUEDA DE MOTO BRANCO SEM SAMU  
4 PORTUGUÊS FRATURAS DE PERNA DIREITA

Diagnóstico

Conduta

ORTOPEDIA

Prescrição

Horario

ARUANA SEGURADORA

05 OUT 2015

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000067893-5

---

Nr. da Autenticação D853F224FCC39C61

ROSENILDO BARBOSA DOS SANTOS  
RUA SAO JOAO DO CARIRI, 88 - TIBERI  
SANTA RITA/PB CEP: 58302-205 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Rateio: 14 - 8 - 944 - 2020  
Número do medidor: 00000294857

Referência: Mai / 2014  
Emissão: 23/05/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 17000.991.899  
Código para Dúvida Automatizada: 0008198.0069

be14 ca84 7cc0 ad15 ac48 28e0 c20a 004f

(Código de Consumo) 5/156006-9

Mai / 2014

23/05/2014

25/05/2014

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de  
2009, informamos a quitação dos débitos referentes  
aos faturamentos regulares de energia elétrica  
desta unidade consumidora vencidos no ano de 2013  
e nos anos anteriores.  
Esta declaração substitui, para a comprovação do  
cumprimento das obrigações do consumidor, as  
quitações dos faturamentos mensais dos débitos do  
ano a que se refere e dos anos anteriores.

DOCUMENTO 2 "T2%"



73788207453

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 18/05/2014 PAGAS  
OBRIGADO!

Data	Letura	Data	Letura			
24/04/14	43145	23/05/14	43223	1	178	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	178	0,30445	54,19

IMPOSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
PIS	0,60
COFINS	3,89
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	2,71
JUROS DE MORA 04/2014	0,07
MULTA 04/2014	1,38
ICMS (Base de Cálculo R\$ 90,39) Alíquota 27,00%	21,70

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	Valor (R\$)
COMP. INDICADOR-FIC TRIMESTRAL 03/2014	-0,20

Mês	Letura
Abr/14	154
Mar/14	153
Fev/14	152
Jan/14	147
Dez/13	155
Nov/13	130
Out/13	138
Set/13	143
Ago/13	188
Jul/13	144
Jun/13	156
Mai/13	223

Média dos últimos meses  
155 kWh

30/05/2014

R\$ 84,34

3/2014 - Sem Rata

Item	Valor (R\$)
DIC MENSAL	8,30
DIC TRIMESTRAL	12,54
DIC ANUAL	25,09
FIC MENSAL	3,70
FIC TRIMESTRAL	7,47
FIC ANUAL	14,95
DMC	3,71
DICR	12,22

0,08

NOMINAL

220

CONTRATADA

LIMITE INFERIOR

LIMITE SUPERIOR

201

231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	28,54	31,39
Compra de Energia	22,80	28,97
Serviço de Transmissão	1,82	1,92
Encargos Setoriais	3,23	3,82
Impostos Diretos e Encargos	30,38	38,90
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>84,54</b>	<b>100,00</b>

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição  
(Plat. 3/2014) R\$ 28,97

ATENÇÃO

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAURO LEITE DE MEUEZES PESSOA,

RG nº 3088 853, data de expedição 27/06/2013,

Órgão SSP PB, CPF nº 07588223405, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÃO JOÃO DO CARIRI</u>
Número	<u>66</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>SAUDA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58302 205</u>
Telefone de contato	<u>83 35126361</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.


Local e Data: JO PESSOA / PB, 25/08/2015.

Mauro Leite de Meuezes Pessoa


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maxwell Ruan de Lima Martins,  
RG nº 46431155-X, data de expedição 04/07/2006  
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 375442588-80, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua João José de Aguiar, nº 115,  
complemento Casa A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima Mauro Leite de Menezes Pessoa cujo o condutor era  
Mauro Leite de Menezes Pessoa  
Veículo: Moto  
Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 E  
Ano: 2009  
Placa: NQA0575  
Chassi: 9C6KE1210A0033270  
Data do Acidente:  
Local e Data: 22-03-15 - Cidade de Lucena

 Maxwell Ruan de L. Martins.  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

 **MONTEIRO DA FRANCA**  
Serviço Notarial e Cartório  
Rua: São João, 412 - Fone: (071) 3244-9000 - E-mail: contato@monteirodafranca.com.br  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....  
MAXWELL RUAN DE LIMA MARTINS.....  
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 06/08/2015 12:37:30  
Luciana Delgado Viana - Escrivã  
[2015-046118]EMUL:R\$ 17,75 FAPEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,23 ISS:R\$ 0,39  
SELO DIGITAL: ABW50924-A7BC  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



**ARUANA SEGUROS**  
05 OUT 2015

MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA  
FARMACIA MANGABEIRA  
JOSE COSTA DUARTE, S/N  
JOAO PESSOA Fono: (83) 3214-1980  
1961 CNPJ: 10.202.434/0001-28  
PACIENTE

Ficha Nr: 744814

Atd: Nao Res

Data: 22/03/2015

Hora: 20:55:20

Recepcionista: IVANNA MARTINS DO NASCIMENTO

Clinica: CIRURGICA

N.º de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.03.002076

MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3088953 Fono: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/03/1984 Id: 31 ano(s)

End.: RUA- SAO JOAO DO CARIRI, S/N

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: TOMAZ PESSOA NETO

Mae: MARIA GORETTE DE MENEZES PESSOA

Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

R.º: ESPOSA-CELIANA

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO LUCENA-FAGUNDES

DOCUMENTO 5 "T5%"



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO/HJ AS 19:00H BRANCO-

Vitima de violencia por: 2 GRAU INCOMPLETO PROX A QUADRA

[ ] Caso Policial

#### PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: PR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Abd: O2%:

#### CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Crave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulso

[ ] Hemorragia [ ] Disipnoea

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Crocudo

[ ] Vômito

Observacao

NEGA PANCADA NA CABECA

Lesão Principal

QUEDA MOTO- FRATURAS MÍD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PRC VITIMA DE QUEDA DE MOTO CAZADO POUCO SEM  
SUSCITOZADO 4 PORTUGAL FRATURAS DE PERNA DIREITA

agnóstico

| Conduta

Rx

OSTEOLOGIA

scrição

| Horário de Medicacao

FARMACIA SEGUROS

05 OUT 2015

100



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Mauro Leite de Menezes Penha portador(a) da  
identidade RG 3088853, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 11:45 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 T12, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 120  
(cento e vinte) dias, a partir desta data.

Dr. Sérgio Paredão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 6129

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Cav. Duarte, S/N, CEP 56005-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: Não

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Tumor [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_

DM \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC = \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_

mmHg

FC = \_\_\_\_\_

FR = \_\_\_\_\_

TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: 1) Fratura de osso da perna

2) ...

Conduta: Internato

Dr. Milton-Barbosa

Médico

CRM-PB 8592

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2015

MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

PRONTUARIO: 2015.03.2076

DATA DA CIRURGIA: 18/04/2015

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA  
DIAFISE DA TIBIA

0702030902 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM  
ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)

Quantidade: 1

CPF: 980.016.000.37937 | 22-3-15

AIH ANTERIOR: *Rearido* | AIH POSTERIOR:

DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	QTD.	QTD.	CNS	ECBO	CNES
CIRURGIÃO	0408050500	01		980.016.017569	26935970	2399628
1º AUXILIAR						2399628
2º AUXILIAR						2399628
3º AUXILIAR						2399628
ANESTESISTA	11	01		190.116.530440004	235,51	2399628
OPM						2399628
OPM	<i>Isolado</i>	01		0702030902	11-2016/15	2399628
OPM						2399628
OPM						2399628
OPM						2399628
AIH ESPECIAL						2399628
CATETER	07.02.04.015-0					2399628
INST. CATETER	03.09.06.001-0					2399628
HEMODIALISE	03.05.01.013-1					2399628
CURATIVO GRAU II	04.01.01.001-5					2399628

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015  
S. Parede

225109

*clw*

II Ortopedia II.

22/03/15 21:45h.

Paciente refere queda de moto, com  
trauma na perna D, há 2 horas.  
Do exame dor e edema 1+/4+ e limitação  
de ADM.

Px: Fratura de ossos da perna D.

II Internamento p/ cirurgia.

Dr. Milton Barbosa  
Médico  
CRM-PB 8592

PRESCRI

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015

N. 100

Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcísio de Freitas  
2-CEP 23996128  
Nº DO LAUDO 7516 1900  
A.N. DO PROFISSIONAL 2015032076  
51510023235-1  
DOCUMENTO REGISTRO: 1- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE CIVIL  
RAÇA NACIONALIDADE  
NOME DO PACIENTE Munco Leite de Menezes Lima  
NOME DA MÃE Maria Gorete Menezes Lessa  
R- São João do Cariri - SIN, Tildix II  
Sante Rita  
11- DATA DE NASCIMENTO 03/03/1984  
12- SEXO M  
13- TELEFONE DE CONTATO  
14- COD. DE MUNICÍPIO 15- UF 16- CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
Dor + edema + /4+ e l-tacões de ADM.

18- CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO  
Tratamento cirúrgico  
19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
Radiografias e exame de urina  
20- DIAGNÓSTICO INICIAL 21- CID 10 PRIMÁRIO 22- CID 10 SECUNDÁRIO 23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Tratamento cirúrgico  
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 014101810151015010  
26- DATA 27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28- DOCUMENTO 29- Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PRESTADOR  
30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. Milton Barbosa Médico CRM-PB-8592  
31- DATA DA SOLICITAÇÃO 32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 02/03/15 Dr. Milton Barbosa  
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
33-1) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34-1) ACIDENTE TRABALHO TIPO 35-1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36- CNPJ DA SEGURADORA 37- CNPJ EMPRESA 38- SÉRIE 39- CNAE DA EMPRESA 40- CBOA  
41- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 42- EMPREGADO 43- EMPREGADOR 44- AUTÔNOMO 45- DESEMPREGADO 46- APOSENTADO 47- NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO  
48- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49- Nº DOCUMENTO INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO 51- ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
52- ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR  
ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Mauro Leite de Menezes Pessoa</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
EMP:	LR:		
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Sérgio Paredes</u>	1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Consolidados Unions dos ossos da perna direita</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>O mesmo</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Osteotomia e Colapso</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (X) Não			Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Ambulância 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Veniente e DDH do lado direito  
Anestesia e Intubação do A.D.

Incisão:

Anterior e femur (D)

Achados:

Corrida com União de fratura do osso da  
perna (D) e 1/3 unido

Conduta:

Redução aberta  
RAFI com placa e parafusos (dois) na  
suspenção final  
Limpieza  
Futura por placas  
Drenagem

Fechamento:

OBS: Não houve problema

Data:

18, 04, 15

Dr. Sérgio Paredes  
CRM 123456789  
R. Ag. Fiscal José Costa

Rua Ag. Fiscal José Costa

APLIANA SEGUROS

05 OUT 2015

MEDICO/CRM

334, Mangabeira II, João Pessoa - PB





SAMU  
192



Prefeitura Municipal de Lucena

Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Nível de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB St



SAMU  
192

# TRAUMA

## IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 22/10/15 Hora: 10:30 Paciente: Adriano Brito Pereira Idade: 51 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino  
Local da Ocorrência: Morro Pinto Bairro: Fazenda da Família  
Apelo no Local: ☐ PM ☐ Resgate Bombeiros ☐ Resgate POP ☐ OPRAX ☐ STRANS ☐ PROTE ☐ Outros:

## DESTINO

LOCAL: CHM RESPONSÁVEL: R CDS:

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO - ANEXAR FICHA DE CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

## CINEMÁTICA / CAUSA

☐ Queda < 5m ☐ Queda > 5m ☐ Queda própria altura ☒ Queda de moto: ☒ Sem capacete no incidente ☐ Capacete retirado por terceiro  
☐ Colisão frontal ☐ Colisão lateral ☐ Colisão traseira ☐ Atropelamento ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Corro e moto  
☐ Moto x moto ☐ Carro x ônibus ☐ Capotamento ☐ Sem cinto de segurança ☐ Outro:  
☐ Número de vítimas no local: \_\_\_\_\_ ou dentro do veículo: \_\_\_\_\_ Air bag não acionado ☐ DR ☐ ESQ  
☐ Afogamento grau: \_\_\_\_\_ ☐ Queimaduras grau: \_\_\_\_\_ ☐ Choque elétrico ☐ Desabamento ☐ Fáb ☐ Faf  
☐ Outro:  
☐ Acidente de esporte ☐ Agressão física  
☐ Intoxicação exógena: picada de ☐ Escorpião ☐ Abelha ☐ Cobra ☐ Aranha  
☐ Envenenamento por:

## EXAME FÍSICO

Encontrador: ☐ Decúbito lateral ☐ Dorsal ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Dentro de veículo  
☐ Fora de veículo ☐ Deambulando ☐ Em cima de: \_\_\_\_\_ Outro:  
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Algo desorientado ☒ Halito estranho  
☐ Abuso de drogas ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Agitado ☐ Coma ☐ Outro:  
Queixa: ☒ Dor / Local: Costa X Fíbula ☐ Parentesia / Local:  
☐ Outra:  
Lesões apresentadas:  
☐ Escoriações / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Corte / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Perfuração / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Contusão articular / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Contusão muscular / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Luxação / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Fratura incompleta / Local: \_\_\_\_\_ ☒ Fratura completa / Local: Costa - Fíbula  
☐ Suspeita de fratura / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Fratura exposta / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Entorse / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Estranhamento muscular / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Ruptura muscular / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Câimbra / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Dor muscular / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Edema / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Hematoma / Local: \_\_\_\_\_ ☐ Equimose / Local: \_\_\_\_\_  
☐ Outro:

## IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



## IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ Mioríase ☐ Miose ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas

## DADOS VITAIS

VVA A: 94 mmHg ☐ Obstruída / Respiração: FR INICIAL: \_\_\_\_\_ bpm FINAL: \_\_\_\_\_ bpm / Pulso radial: ☒ Presente ☐ Ausente  
FC INICIAL: \_\_\_\_\_ bpm FC Final: \_\_\_\_\_ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ☐ > 8 ☒ > 8 PAS (mm Hg): ☐ > 90 ☐ < 90 140 x 90  
Padrão respiratório: ☒ Regular ☐ Irregular - Perfusion MMS: ☒ < 2 segundos - MVR ☐ < 2 segundos - Saturação: 99

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Colar cervical tam: \_\_\_\_\_ ☐ Estabilizador lateral de cabeça ☒ Tiranite ☐ Prancha rígida ☐ KFOV ☒ Talas de extremidades  
☐ A.V.P. com adocath: \_\_\_\_\_ ☐ MSE ☐ MSD / ☐ SRL? ☐ MISP 9,9% ☐ Medicamento: \_\_\_\_\_  
O2 (l/min): \_\_\_\_\_ ☐ Máscara com reserv. ☐ Cateter nasal / ☐ Imobilização: ☐ MSB ☐ MSD ☐ MIB ☐ MIDV ☐ Maca a vácuo  
☐ Imobilização de objeto inalador ☐ Extricação ☐ Curativo: ☐ Compreensivo ☐ Simples ☐ Irrigação ocular / Local: ☐ Olho B  
☐ Olho D ☐ Velpeau / Local: \_\_\_\_\_ / Ventilação com ambu / Aspiração das VVA / Outros:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Ugerson COREIA: 1 FARMACIA: 1 ENFERMAGEM: 1 COREIA: 601513  
CONDUTOR: \_\_\_\_\_ FICHA DE REGULAÇÃO (MSTO) MÉDICO (MSTO): \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_  
TESTEMUNIA: \_\_\_\_\_

05-OUT-2015

RELACÃO DE PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE LEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: \_\_\_\_\_

CELULAR: QUANTIDADE: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_ MARCA: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_

CARTÕES DE CRÉDITO: \_\_\_\_\_ MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPER CARD OUTRO: \_\_\_\_\_

CARTÕES DE BANCO: 1 2 3 NOMES DO BANCO: \_\_\_\_\_

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ANÉIS (QUANTIDADE) \_\_\_\_\_

CALÇADO (MARCA) \_\_\_\_\_ RELOGIO (MARCA) \_\_\_\_\_ OUTRO: \_\_\_\_\_

BRINCOS (QUANTIDADE) \_\_\_\_\_ PULSEIRAS (QUANTIDADE) \_\_\_\_\_

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEBEDOR \_\_\_\_\_ CARIMBO DO RECEBEDOR \_\_\_\_\_

[illegible]

**OBS:**

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015

8128-4854





EVOLUÇÃO MÉDICA  
Unidade de Internamento

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	INTERCORRÊNCIAS
20/3/15 14:45	<i>Dr. Milton Barbosa</i> Paciente internado p/ fratura aberta de fêmur da perna - Solato de imobilização - Pré-operatório
	Dr. Milton Barbosa Médico [Assinatura]
	Dr. André Ribeiro

ARUANA SEGUROS  
05 OUT-2015



# SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Maurício de Menezes Idade: 71

( ) Paciente Interno Enfermaria: 05 Leito: 13 Data: 02/04/15

( ) Paciente Externo RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Ex dos "ossos de perna direita"

Material: Caixa 315 mm bloqueada p/ MMII  
(Perna longa)

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

Tratamento cirúrgico

Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

Parecer da Direção Técnica: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

1ª Via: Prontuário

ARQUIVO SEGUROS

3ª Via: Direção Administrativa

Rua Aq. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-004 Mangabeira II, João Pessoa - PB

**NOVA**

ESTADO CIVIL

ENDERECO

HOSPITAL

Alh ☐ CP ☐ MAT ☐ COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐

DIAGNOSTICOS

OPERACAO REALIZADA

CIRURGIÃO Dr. Serrão Poncet

INICIO ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

HUMBERTO PINGS

HORA	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24

AGENTE

100

1977

2 ANESTESIA: CLORALIDA 100 MG/50 ML  
1 ANTIBIÓTICO: PENICILINA INTRAMUSCULAR (100  
RESPIRAÇÃO (100) RESPIRADOR (100)  
REAP. ASISTIDA (100) RESPIRADOR (100)  
INT. OBTURADOR (100) INT. MANUTENÇÃO (100)  
INT. MANUTENÇÃO (100)

**PRESSO ARTERIAL**

ALSO

## RESPIRATION

TEMPERATURA

PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ENT. GERAL BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

RISCO CIRURGICO

BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

**PRF ANESTESICO**

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TECNICA	Amplifier noise	70%
---------	-----------------	-----

**MIETE CUENTOS CUSTOS NO ATO INESTRUCO**

ARUANA SEGUROS

0-5-OUT 2015

Dr. Nityesh Patel Jagdish  
Amenaprodusta  
San Jose



## SOLICITAÇÃO DE PARECER

Médico Requerente \_\_\_\_\_

Especialidade Solicitada Cardiologia

Data e Hora: \_\_\_\_\_

Avaliação: Rotineira ( ) Urgência ( )

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Mauro Leite de M.

Idade 31a

Sector Urgência ( )  
Enfermaria ( )

Isolamento ( )  
UTI ( )

Leito \_\_\_\_\_

### RESUMO - JUSTIFICATIVA

Pre-operatório

Assinatura

### PARECER DO ESPECIALISTA

23.03.2015

Paciente em pré-operatório de cirurgia de  
ablação de arritmia cardíaca  
em 31.03.2015

Em anexo, o laudo de  
exame de ecocardiograma

Dr. Carlos

ARUANA SEGUROS

08/04/2015

**TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO**




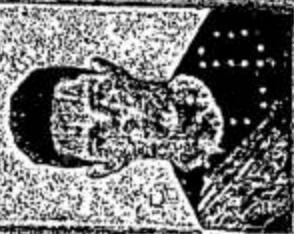
DOCUMENTO 6

\*T6%\*



CARTEIRA DE IDENTIDADE

MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-005

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3-088-853	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	27/06/2013
NOME	MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA			
FILIAÇÃO	TOMAZ PESSOA NETO MARIA GORTETTE DE MENEZES PESSOA			
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB		DATA DE NASCIMENTO	03/03/1984
DOC ORDEM	NASC. N. 43406 FLS. 164 LIV. A/42 CIV. CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA/PB			
	075-882-234-05			
ASSINATURA DO DIRETOR				
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83				

ARUANA SEGUROS  
0-5 OUT 2015

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150868029 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/10/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA D

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150868029 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DESVIO ROTACIONAL DO EIXO DA PERNA DIREITA PARA FORA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, ANDAR CLAUDICANTE. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 18 CM EM PERNA E TORNOZELO DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/11/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732

**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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

