

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, 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, 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 inicio 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 n°: 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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150868029 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **MAURO LEITTE 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 PERNAS 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 complicações.

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

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

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.

ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DESVIO ROTACIONAL DO EIXO DA PERNAS 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 PERNAS 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(*):

Vítima em tratamento Sem sequela 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)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 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"

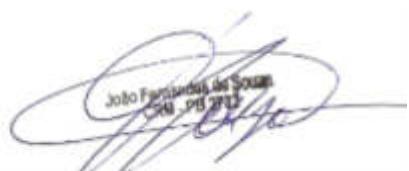
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

-

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.

indenização no banco.
ELE MAURO JETTE PE MENEZES PESSOA

PORTADOR(A) DO RG N° 3.088.953

EXPEDIDO POR SS P P B

EM 27 106 12013E

POR PORTADOR(A) DO RG N° 3008455 / CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO revisor
CPF 045882234-05 / RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURO LEITE L. 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 POUPIANÇA 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), 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)

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE OU DE SALDO N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

PARA CREDITO EM CONTA POUPANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E BANCO CREDICARD)

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

JOSÉ PESSOA 25 de AGOSTO

2015

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 permanente (de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de morte ou invalidez permanente.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse o site www.dpvat.mt.gov.br.

DOCUMENTO 1

* T1%



edição vigente
acordo com a

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

3 HORÁRIOS E LIMITES

01

02

CONFIRMAÇÃO

03

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:



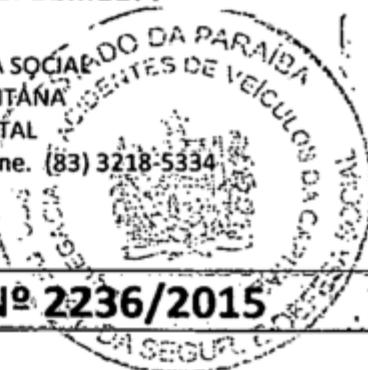
Identificação da transferência:

C

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2015



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

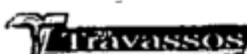
Aos nove dias do mês de julho do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:59h, compareceu o (a) Senhor (a): **MAURO LEITTE 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 possa 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

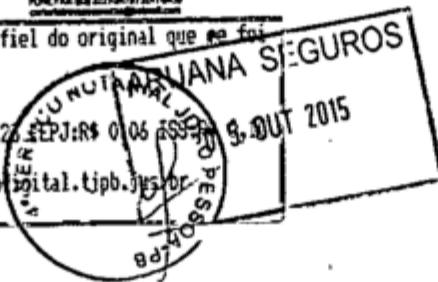
Carlos Antônio Duarte Félix
 Escrivão de Polícia Civil
 Mat. 135.682-0

Escrivão



49 TABELILHAMENTO DE NOTAS
 RUA NOGUEIRA DE AGUIAR, 59 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB
 FONE/FAX: (83) 3221-3479 / 3211-8439

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que ~~se~~ foi
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 João Pessoa-PB 31/08/2015 13:43:10
 Monika de Aguiar Freitas - Escrivente
 [2015-031998] EMOL:R\$ 1,99 FARFEN:R\$ 0,25 SEPJ:R\$ 0,06 ISS/PB:R\$ 0,00 9.8.2015
 SELO DIGITAL: ACA24880-D1PE
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURO LEITE DE NEVES PESSOA, portador da carteira de identidade nº 3088853 e inscrito no CPF sob o nº 075882234-05 residente e domiciliado na R. SÃO JOSÉ DO CARIRI, 66
TIBIRI, Cidade SANTA 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 Neves Pessoa
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOSAO PESSOA, 25 DE AGOSTO DE 2015
Local e data



COMPROVANTE DE
ATO DECLARATORIO

Ficha Nr: 744814

Atd: Nao RC5

Data: 22/03/2015

Hora: 20:55:20

Recepcionista: IVANNA MARTINS DO NASCIMENTO

Clinica: CIRURGICA

... de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.03.002076

URIA
H
TS
MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
ESTALAR MANGABEIRA
JOSE COSTA DUARTE, S/N
JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
04-1961 CNPJ: 10.202.434/0001-28

NO PACIENTE

MAURO LEITTE 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

Pol/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO LUCENA-FAGUNDES

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTOHJ AS 19:00H BRANCO-

Vitima de violência por: 2 GRAU INCOMPLETO PROX A QUADRA

[] Caso Policial

DOCUMENTO 3 "T3%"



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulso

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispnsa

Glicemias:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA PANCADA NA CABECA

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PEC VITIMA DE QUEDA DE MOTO BRANCO SAMU
05 OUT 2015 4 PORTUGAL FRATURAS DE Perna direita

agnostico

Conduta ex

OFICIO GOV. ITA

Horario de Segu. 05 OUT 2015

ARUANA SEGURACAO

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: 00000067893-5

Nr. da Autenticação D853F224FCC39C61

ROSENILDO BARBOSA DOS SANTOS
RUA SAO JOAO DO CARIRI, 66 - TIBIRI
SANTA RITA / PB CEP: 58302-205 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 8 - 944 - 2020
Nº medidor: 00000284657

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 200, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CAPU 08.055.183 / 0001-40 - Inc Est 16.015.823-0
Referência: Mai/2014
Emissão: 23/05/2014
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica N° 0000.991.800
Código para Débito Automático: 0000186.0009

be14.ca84.7cc.ad15.ac48.28e0.c20a.0047

Maio / 2014

23/05/2014

25/06/2014

(Código de Consumidor) 5/156006-9

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

DOCUMENTO 2 "T2%"



73788207453

Data Letura Data Letura
24/04/14 43145 29/05/14 43229 1 128 29

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/05/2014 PAGAS.
OBIGADO!

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	128	0,30445	38,19

IMPOSTOS E ENCARGOS	
PIS	0,59
COFINS	3,89
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	2,71
JUROS DE MORA 04/2014	0,07
MULTA 04/2014	1,39
ICMS (Base de Cálculo R\$ 38,39 Alíquota 27,00%)	21,70

OUTROS SERVIÇOS FRESTADOS	
COMP. INDICADOR-FIC TRIMESTRAL 03/2014	-0,20

ABRIL 14 154
MAIO 14 153
FEV 14 152
JAN 14 147
DEZ 13 155
NOV 13 130
OUT 13 138
SET 13 143
AGO 13 169
JUL 13 144
JUN 13 158
MAI 13 223

Média dos últimos 12 meses
155 kWh

30/05/2014

R\$ 84,34

		3/2014 - Serra Rita
DIC MENSAL	8,30	0,08
DIC TRIMESTRAL	12,54	
DIC ANUAL	25,08	
FIC MENSAL	3,70	1,00
FIC TRIMESTRAL	7,47	
FIC ANUAL	14,85	
DICR	3,71	0,08
DICR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salários de Dívt. da Energia/PB	28,54	31,39
Compra de Energia	22,80	26,97
Salário do Transmissor	1,82	1,92
Encargos Sistêmicos	3,23	3,62
Impostos Diretos e Encargos	30,35	35,90
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	84,54	100,00

Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 3/2014) R\$ 25,97

ATENÇÃO:

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MAURO LESTE 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>SÁ JOÃO DO CARIRI</u>
Número	<u>66</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>SANTA 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: João Pessoa, 23/25/08/2015.

Mauro Leste de Meuezes Pessoa
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maxwell Ruan de Lima Martins,
 RG nº 46 431 555-X, data de expedição 04/07/2006
 Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 375 442 588-80, com
 domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Pernambuco, onde resido 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
 vítima Manoel Leite de Menezes Pessoa cujo o condutor era
Manoel Leite de Menezes Pessoa.

Veículo: Moto
 Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 E

Ano: 2009

Placa: NQA 0575

Chassi: 9C6KE1210A0033270

Data do Acidente:

Local e Data: 22-03-15 - Cidade de Lucena

 Maxwell Ruan de L. Martins

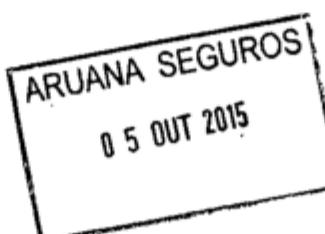
Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
MAXWELL RUAN DE LIMA MARTINS

Em test da verdade. João Pessoa-PB 06/08/2015 12:57:30
 Luciana Delgado Viana - Escrevista
 [2015-046118]EMOL:R\$ 8,75 FARFEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,23 ISS:R\$ 0,39
 SELO DIGITAL: ABW50924-H7BC
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



UR
H
IS
A
O
1961
NO PACIENTE
MAURO LEITTE 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

Ficha Nr: 744814 Atd: nao Reb
Data: 22/03/2015
Hora: 20:55:20
Repcionista: IVANNA MARTINS DO NASCIMENTO
Clinica: CIRURGICA

! n. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2015.03.002076

MAURO LEITTE 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

Col/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO LUCENA-FAGUNDES

DOCUMENTO 5 "T5%"



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTOHJ 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: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulso

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Disponivel

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd: O2%:

[] Regular [] Cronicado

Saída Principal

[] Vomito

QUEDADE MOTO- FRSTURS MID

Observação

NEGA PANCADA NA CABECA

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PEC QUEDA DE MOTO AS 19:00H COZIDO PENO SAM
SCHOOL 2015 4 PORTUGAL FRATJAS DA PENA DIR

agnosticos

[] Conduta []

OSTOPGOMICO

scriptao

[] Horario de medicacao

IVANNA SEGURO

05 OUT 2015



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Mauro Leite de Menezes Pessa Data da Admissão 21/03/15
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ T.cito: _____

Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Idade: _____ Data de Nascimento 11/11/1981

AD: Dor na genitália, hó - fú - hora.

HDA: Paciente refere que é dor. - otorr. - otorr.

Cor fraca - a genitália.

Medicações em uso:

Nega

Arraigatório Sintomatológico:

Pal: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoresc
Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros:
Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaleia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

BD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

GU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

ME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
Amnésia []Libido []Humor



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mauro Leite de Melo e Peres portador(a) da identidade RG 3038853, 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 (dois e meio) dias, a partir desta data.

Dr. Sérgio Paredesão Pessoa, 01/06/2015
Dr. Sérgio Paredesão Pessoa,
Ortopedista e Traumatologista
CRM 6129

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

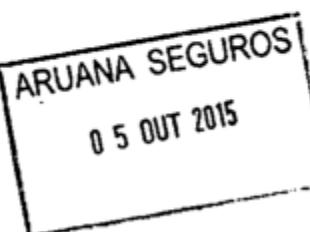
AUTORIZAÇÃO

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

Para Ag. Fiscal José Cox Duarte, S/N, CEP 58006-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alérgias: Migas [] IHTF

Cirurgias: [] HAS [] DM [] TB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Tremor _____ [] 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): _____

Ganglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1) Fratura de ossos da coluna

2)

Dr. Milton Barbosa

Médico

CRM-PB 8592

Conduta: Internar

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 | LRF ALFREQUENTEL
AIH ANTERIOR Recurso | AIH POSTERIOR

DESCRICA	PROCEDIMENTO	QTD.	QTD.	CNS	CBO	CNES
CIRURGI	0408050500	01		980.016.077569	26.935970	239962
1º AUXILIAR						239962
2º AUXILIAR						239962
3º AUXILIAR						239962
ANESTESISTA	11	01		190.116.530140.004	295.151	239962
OPM						239962
OPM	Alcides	01		0702030902	11.0016/15	239962
OPM						239962
OPM						239962
OPM						239962
AIH ESPECIAL						239962
CATETER	07.02.04.015-0					239962
INST. CATETER	03.09.06.001-0					239962
HEMODIALISE	03.05.01.013-1					239962
CURATIVO GRAU II	04.01.01.001-5				225109	239962

ARUANA SEGUROS

8.5 OUT 2015

S. Pareto

Elmo

I Otoped. II.

22/03/115 21:45h.

Paciente n° fone que deu o ato, com
trauma - a perna D, hir - 1 hora.
So exame dor - edema 1-14+ e hir -
de ADM.

Px: Fratura de ossos da perna D.

II Internamento pl Ortoped.

Dr. Milton Barbosa
Médico
CRM-PB 8592

RESCRI

ARUANA SEGUROS,
05 OUT 2015



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mauro Lito de Menezes Pessoa</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Lílio Varela</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: _____		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Instrumentador:	Horário: I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO
Convoluções Viscerais das ondas de perno diurna

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Osteomíse + Colo de ferro

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descrição:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após o Ato Cirúrgico:
SEGUROS

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

versão e Preparo: Manejo do DPH para aplicação tópica

Myxine glutinosa (M.J.D.)

lockdo:

Anterior - temporal D

Achados:

Comprido 105 Unidade futebol. 0200 de
pene (b) e 413 milhas

Conduz:

Ciclopisces alytae

RAFI (señala a profesor) (al profesor) suspición final.

Intake for plants
directive

Fechamento:

OBS:

OBS: *Calo in juno pectol. w*

Data: 13, 04, 15

Rua Ag. Fiscal José CosG

BRITANIA SEGUROS
EN CER

MÉTODO CRM

05 OUT 1984, Mangabeira II, João Pessoa - PB

RELAÇÃO DE PERTENÇAS:

RELAÇÃO DE PERTENÇAS:		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\$ _____		RELOGIO (MARCA) _____			ANÉIS (QUANTIDADE) _____		
CALÇADO (MARCA) _____		PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____			OUTRO: _____		
BRINCOS (QUANTIDADE) _____		_____			_____		
DADOS DO RECEBEDOR							
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENÇAS: _____							
SEXO:		FUNÇÃO: _____					

ASSINATURA DO RECEBEDOR

CABINHO DO RECEBEDOR

OBS:

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2015



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

20/03/15
21:45
- Paciente está em ótimo quadro clínico.
- Sintomas de procura de ossos da perna.
- Solado da perna é obliqua.
- Pre-operatório.

Dr. Milton Barbosa

Médico

CEP 52.970-000

Dr. Adri Almeida

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2015



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Mauro Leite de Melo Idade: 71
() Paciente Interno Enfermaria: 05 Leito: 13 Data: 02/04/15
() Paciente Externo RG: _____ CPF: _____ Fone: _____

Diagnóstico: Ex das íamos de rene direito

Material

Caixa 3,5mm bloqueta p/ UMI
(Bloco Longo)

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

1^º Via: Prostédio

ARUANA SEGUROS

3^º Via: Direção Administrativa

Rua Aq. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58050-000, Mangabeira II, João Pessoa - PB



SOLICITAÇÃO DE PARECER

Médico Requerente _____

Especialidade Solicitada _____

Data e Hora: _____

Avaliação: Rotineira () Urgência ()

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Marco Antônio de M. Idade 31
Sector Urgência () Isolamento () Leito _____
Enfermaria () UTI ()

RESUMO - JUSTIFICATIVA

Pré-operatório

Assinatura

PARECER DO ESPECIALISTA

23-03-2015

Recomendo a realização de exames complementares para aferir a função renal, urinária e hepática.

ECG e urinal

ARUANA SEGUROS
03/03/2015



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: F. aw. T. de Freitas Pizzon					PROFISSÃO: MÉDICO	
DATA: 21	SEXO: M	OP. N.º: 07.11.	DATA: 07.11.	INF: OS	LITO: 13	
DATA DE ADMISSÃO: 22/07/11			DATA DE ALTA: 27/09/11		TEMPO DE PERMANÊNCIA: 76 D	
DIAGNÓSTICO INICIAL: F. de. OS. e de fl. - D						CID:
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Com. C. h. in. e - e. de. OS. e de fl. - D						
EXAMES: R. de R. e R. e R.						
TRATAMENTO REALIZADO: OS. in. - C. w. -						
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: -						
ANATOMIA PATOLÓGICA: -						
INFECÇÃO FO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAU:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO DA TECNOLÓGIA:						
PERÍODO DE ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO: A. SISTEMA: F. - L. -						

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: —

REPOUSO: Relaciono em casa por

Retornar as atividades com rotina financeira

Retorno às atividades com edema tóraco leve em dias e com edema maior em dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavado com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou hinchada no local, ou se o humor febre, procurar imediatamente o(a) Completo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO

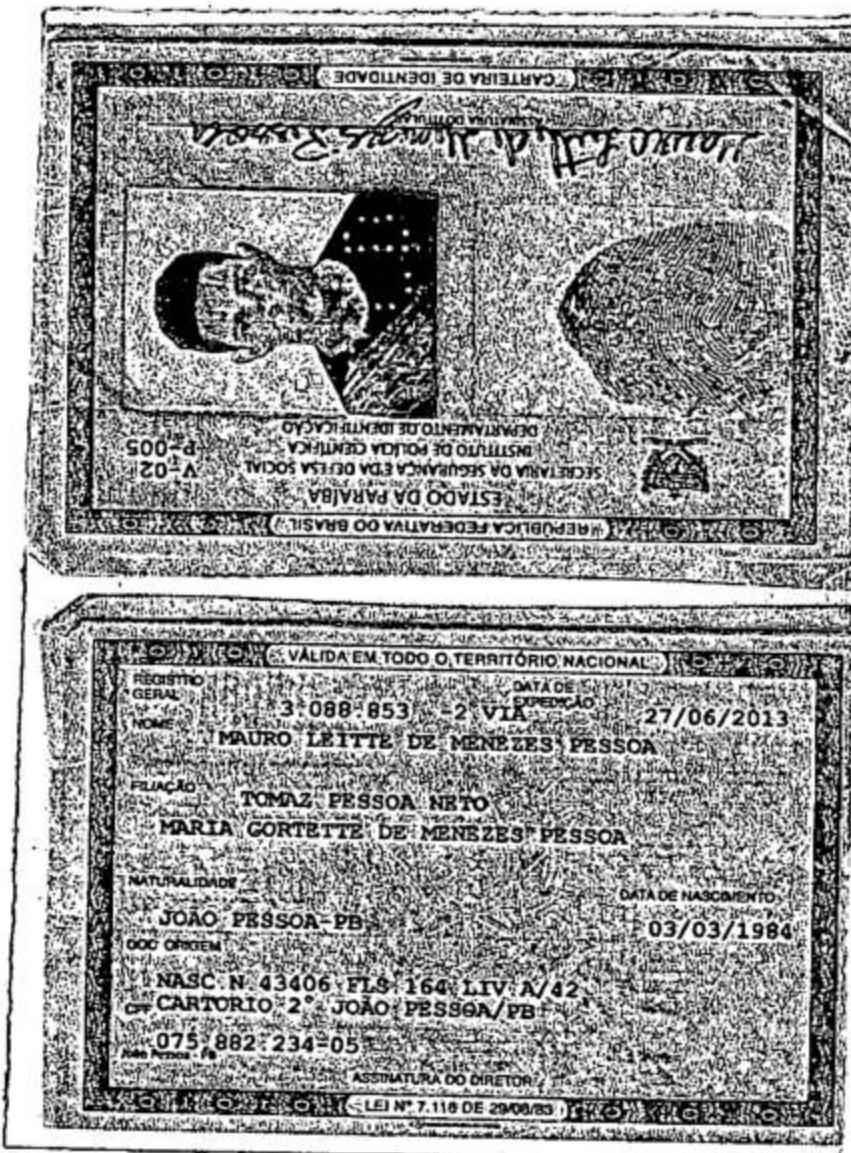
para retirada de pontos
em 30 dias para revisão.

DATA

Este documento destina-se à aprovação de encaminhamento hospitalar.
Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ANNUAL REPORT

DOCUMENTO 6 *T6%



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:

