



Número: **0803736-54.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **03/12/2015**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33010 910	07/08/2020 10:38	<a href="#">2740983_CONTESTACAO_Anexo_02</a>

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 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 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 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 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 complicações.

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

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 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 Tornozele 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:38:11  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710381101300000031602519

Número do documento: 20080710381101300000031602519

Num. 33010910 - Pág. 3

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:38:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710381101300000031602519>  
Número do documento: 20080710381101300000031602519

Num. 33010910 - Pág. 4

## 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 LESTE DE MENEZES PESSOA**  
PORTADOR(A) DO RG Nº 30888853 EXPEDIDO POR SS P P B EM 27/10/2013  
CPF 0458882234 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO JOVEM.  
E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURO LESTE 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 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 104 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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 25 de Agosto de 2015 Mauro Leste 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 permanente, de acordo com a 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**ARUANA SEGUROS**

**DOCUMENTO 1 - T10%**

Validade vigente  
acordo com a



# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

 HORÁRIOS E LIMITES

## 02 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:

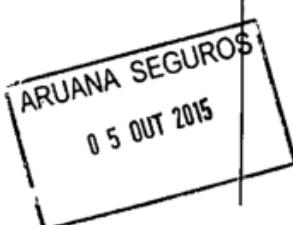
MAURO LEITE DE MENEZES PESSOA

Valor:



Identificação da transferência:

C



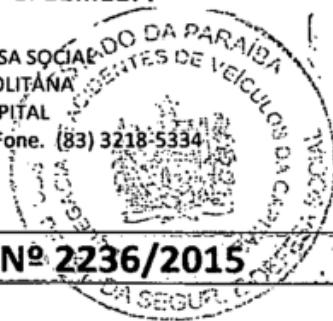


DOCUMENTO 1

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 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  
 Executivo de Polícia Civil  
 Mat. 135.682-0

Escrivão

4º TABELIONATO DE NOTAS  
 RUA RODRIGO DE FREITAS, 16 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB  
 FONE: (83) 3218-5334 - CEL: (83) 98800-1000  
 E-MAIL: [tblionato@tjpb.jus.br](mailto:tblionato@tjpb.jus.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
Monika de Aquiar Freitas - Escrivente
2015-0319961 ENOL:R\$ 1,94 FINOPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,00 S. OUT 2015
SELO DIGITAL: ACA249880-DIPE
Confira a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURO LEITE DE MENEZES 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 Menezes Pessoa  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 05 DE AGOSTO DE 2015  
Local e data



COMPROVANTE DE  
ATO DECLARATÓRIO

Ficha Nr: 744814 Atd: Nao Reg

Data: 22/03/2015

Hora: 20:55:20

Recepção: IVANNA MARTINS DO NASCIMENTO

Clinica: CIRURGICA

URB  
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

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulso

Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Disponibilidade

Glicemias: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado

Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado

Leixa Principal

QUEDADE MOTO- FRSTURS MID

[ ] Vomito

Observacao

NEGA PANCADA NA CABECA

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PAC VITIMA DE QUEDA DE MOTO BRANCO SEM DANO  
SCHOOL 2010 4 PORTUGAL FEATURES OF PENA DIR

agnosticos

Conduta

OF TOP GDI, ITA

Horario de realizacao

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: 000000067893-5

---

Nr. da Autenticação D853F224FCC39C61



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:38:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710381101300000031602519>  
Número do documento: 20080710381101300000031602519

Num. 33010910 - Pág. 10

ROSENILDO BARBOSA DOS SANTOS  
RUA SAO JOAO DO CARIRI, 65 - TERRA  
SANTA RITA / PB CEP: 58302-205 (AG: 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cidade Retiro - João Pessoa / PB - CEP 58014-690  
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins Est 16.015.623-0  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Razão: 14 - 8 - 944 - 2020 Referência: Mai / 2014  
Nº medidor: 00000294657 Emissão: 23/05/2014 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 000 901 809  
Código para Declaração Antecipada: 00009190009

be14 ca84.7cc6 ad15 ac48 29e0 c20a 0041

(Código do Consumidor) 5/156006-9

Mai / 2014

Declaração de Outras Fazendas de Débitos  
Conforme previsão da lei 12.000, de 17 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.

23/05/2014

Esta declaração subsistirá, 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.

25/06/2014

DOCUMENTO 2 "T2%"



73788207463

**FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 19/05/2014 PAGAS:  
OBIGADO!**

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

PIS	0,59
COFINS	3,89
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	2,71
JUROS DE MORA 04/2014	0,07
MULTA 04/2014	1,28
ICMS (Base de Cálculo R\$ 50,39   Alíquota 27,00%)	21,70

OUTROS SERVIÇOS FRESTADOS

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

Abr14 154  
Mar14 153  
Feb14 152  
Jan14 147  
Dez13 155  
Nov13 130  
Out13 138  
Set13 143  
Ago13 169  
Jul13 144  
Jun13 158  
Mar13 223

Média dos últimos meses  
155 kWh

30/05/2014

R\$ 84,34

3/2014 - Sem R\$

			Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,30	0,08	NOMINAL	220	
DIC TRIMESTRAL	12,44		CONTRATADA	201	
DIC ANUAL	25,08		LIMITE INFERIOR	201	
FIC MENSAL	7,70	1,00	LIMITE SUPERIOR	231	
FIC TRIMESTRAL	11,05				
FIC ANUAL	14,95				
DNC	3,71	0,08			
DICR	12,22				
			Total	84,34	100,00

Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição  
(Ref. 3/2014) R\$ 29,57

**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 posso 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>SÁO JOSÉ DO CARIRI</u>
Número	<u>66</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>TIJIRI</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58302 205</u>
Telefone de contato	<u>83 35426361</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: José Pessoa / 25/08/2015

Mauro Leste de Meuezes Pessoa  
Assinatura do Declarante



DOCUMENTO 4 **T4%**



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maxwell Ruan de Lima Martins,  
RG nº 46 431 155-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  
mentionado 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: 9C6RE1210A0033270

Data do Acidente:

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

  
Maxwell Ruan de L. Martins

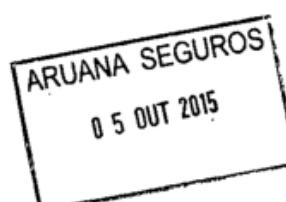
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO  
MONTEIRO DA FRANCA  
Av. Presidente Vargas, 415 - São Paulo - CEP: 08050-020 - Telefone: (031) 3214-8000 - Site: [www.tjpb.jus.br](http://www.tjpb.jus.br)

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

Em test. da verdade. João Pessoa PB 06/08/2015 12:37:30  
Luciana Delgado Viana - Escrivente  
[2015-046118]EMOL:R\$ 0,75 FAR:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,23 ISS:R\$ 0,39  
SELO DIGITAL: ABW50924-M7BC  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



URA  
 H  
 IS  
 MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
 ESTALAR MANGABEIRA  
 JOSE COSTA DUARTE,S/N  
 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980  
 1961 CNPJ: 10.202.434/0001-18  
 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  
 P1/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 violencia por: 2 GRAU INCOMPLETO PROX A QUADRA  
 [ ] Caso Policial

DOCUMENTO 5 "T5%"

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Cravado
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulso
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Disipneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Crocado
Sintoma Principal			
QUEDADE MOTO- FRSTURS MID			
Observacao			
NEGA PANCADA NA CABECA			

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pec qdida de queda de moto no azul seu jah  
 08/08/2010 4 portugues da pagina direita

agnostico	Conducta
	lax
scricao	Horario das medicacao
	IVANA SEGURO 05 OUT 2015





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Alvaro Monteiro de Menezes Pessoa Data da Admissão: 21/08/15  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Estaralidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 11/11/11

AD: Door - a porta D, bo - tão hora  
HDA: Placido refere que é de - o dia  
Placido refere que é de - o dia  
Placido refere que é de - o dia

Medicações em uso: Negu

### Exame e Exame Sintomatológico:

Al: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Ictericia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

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

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

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



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mauro Leme de Menezes Pessoa 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 Paredesão Pessoa, 01/10/2015*  
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

**1º VIA-PACIENTE**  **2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO**

Rua Ag. Fiscal José Cosi - Duarle, 5/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

**ARUANA SEGUROS**  
05 OUT 2015



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alérgicos: Miga \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ ( JHTF )

HAS  JDM  TB  JHEP  Dislipidemia  Banho de Rio  Casa de Taipa

Tumores  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:

D Fratura de ossos de gengiva

Dr. Milton Barbosa

Médico

CRM-PB 8592

Conduita: Internar

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2015

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

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

AIH ANTERIOR	AIH POSTERIOR	CPF ALFABETICO
980.016.000.37937   <i>Rearado</i>	22-3-15	
CIRURGIÃO	0408050500	980.016.077569, 26935970
1º AUXILIAR		2399628
2º AUXILIAR		2399628
3º AUXILIAR		2399628
ANESTESISTA	01	980.116.530.440.004 295.151
OPM		2399628
OPM	01	070.203.0902 11.0016/15
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	225109 2399628

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2015

S. Parede

I Otorrinolaringologia

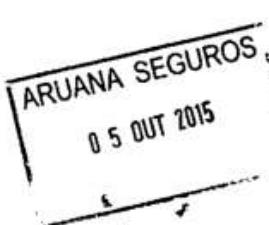
22/03/15 21:45h.

Paciente N feme queixa de coto, com  
trauma - a perna D, hc = 1 hora.  
Só sente dor - sobre 1-14+ e libertado  
de ADM.

Rx: Fratura do osso da perna D.

II Internamento pl Ortopedico - Dr. Milton Barbosa  
Médico  
CRM-PB 8592

RESCRI



NCC  
05 OUT







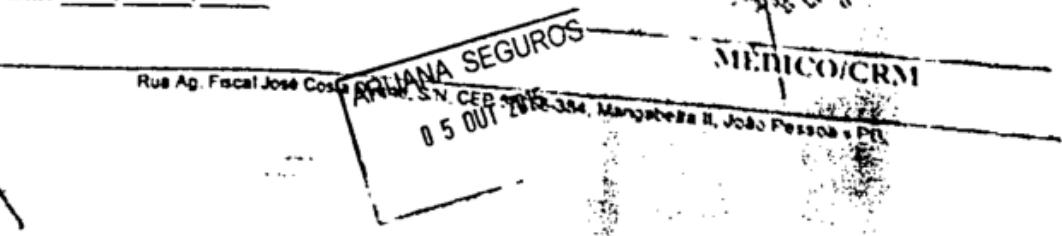
## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mauricio Leme de Melo e Souza</i>		Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor: <i>branca</i>	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Suelio Moreira</i>	1º Assistente:		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID	
<i>Conrotulose Vagite dos ovos da pênis de uva</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID	
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO	
<i>Osteomíse + Coloplastia</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim	Descrição:
			2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Biópsia de Congelação:			1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim	
			2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após o Ato Cirúrgico:			<i>PARADA SECUROS</i>	
<i>1 ( </i>			<i>Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Radioterapia 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</i>	
<i>5 OUT</i>			<i>5 OUT</i>	

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

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Válvula e DDH (ato laparoscópico) Abdome e Integrum do MGD
Incisão:	Anterior e fêmur D
Achados:	Comedo no Válvula de fístula dia. 0300 da pene (b) e 4.13 milímetros
Conduta:	Extrair óleo de óleo RAFI (a óleo e parafuso) (ato laparoscópico) Suspensão fusal limpeza fístula por plástico Perfuro
Fechamento:	
OBS:	Colo vaginal profetólio

Data: 13/04/15





## 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\$						
CALÇADO (MARCA)				RELOGIO (MARCA)	ANÉIS (QUANTIDADE)	
BRINCOS (QUANTIDADE)				PULSEIRAS (QUANTIDADE)	OUTRO:	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENÇAS:						
SETOR:	FUNÇÃO					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT	MATERIAIS	QUANT
AAS 100 mg		ÁLCOOL (PINACETA 250 ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10 MIL		ATADURA DE CREPON 15 cm	
AMIODARONA		CATÉTER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTOPRIL 25 mg		EQUIPO MICROGOTAS	
DICLOFENÁICO 75 mg		ESPARADRAPO	
DIPRIRONA 10		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
ESCOPECLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPEPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 und)	
FUROSEMIDA		JELCO N°	
GLICOSE 50%		LENÇOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMAÑO	
HIDROCORTISONA 500 mg		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
IPRATRÓPICO GOTAS		SCALP N°	
ISORDIL 5mg		SERINGA N°	
METOCLOPRAMIDA		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	
PARACETAMOL GOTAS		OUTROS	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%			
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

OBS:

ARUANA SEGUROS  
05 OUT 2015

5685-8618





## 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

20/03/15 21:45

INTERCORRÊNCIAS

1º O paciente é fumante.  
Sintomas de dor no osso da perna.  
- Sabe de ser impossível.  
- Pre-operatório.

Dr. Milton Barbosa

Médico

CRM-PB 00000000000000000000

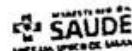
Dr. André Oliveira

ARUANA SEGUROS

05 OUT 2015

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 54 CEP 58056-354 Mangabeira II João Pessoa - PB





## SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Mauro Lélio de Melo Idade: 71

( ) Paciente Interno Enfermaria: 05 Leito: 11 Data: 02/04/15

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

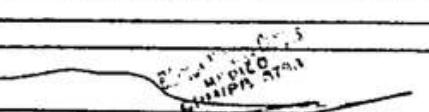
Diagnóstico: Fractura de fêmur direito

Material

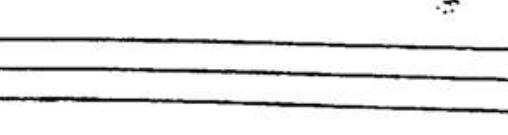
Caxa 3,5mm bloqueta plástica  
(Pérola longa)

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

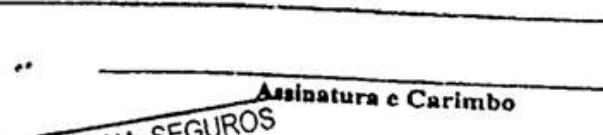
Fractura cravo

  
Assinatura e Carimbo

Parecer do Coordenador do Serviço:

  
Assinatura e Carimbo

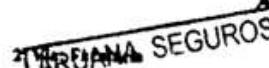
Parecer da Direção Técnica:

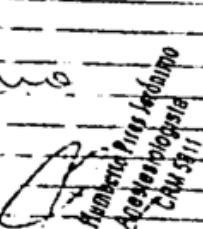
  
Assinatura e Carimbo

1<sup>º</sup> Via: Prostétrico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-054, Mangabeira II, João Pessoa - PB

3<sup>º</sup> Via: Direção Administrativa

  
ARFANA SEGUROS

NAME	Mauricio Teixeira M. Ferreira		DATA	18.06.15																																																																											
ESTADO CIVIL	Solteiro	Casado	SEXO	Masc.																																																																											
ENDERECO	Av. (RJL)	CEP	BR	PO																																																																											
HOSPITAL			PT	PROFISSAO																																																																											
AIH	CP	MAT	COD	INSC	GIH	OUTRAS																																																																									
DIAGNÓSTICOS	-real - queles - da febre																																																																														
OPERAÇÃO REALIZADA																																																																															
CIRURGIO	Dr. Sergio	RO Neto	AUXILIAR																																																																												
INÍCIO ANESTESIA	27:30	TERMINO DA ANESTESIA	18:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA																																																																											
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT DE USP (PONTOS)		VALOR USP																																																																												
HUMBERTO PINHEIRO																																																																															
HORA																																																																															
AGENTE	D																																																																														
Op																																																																															
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">CIRURGIA</td> <td colspan="7">Dr. Humberto Pinheiro</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Anestesiologista</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ANESTESIA GERAL (PULSO)</td> <td colspan="7">- PULSO (PULSO)</td> </tr> <tr> <td>RESPIRAÇÃO (PULSO)</td> <td>INTRAARTERIAL (PULSO)</td> <td>EXTRAVASO (PULSO)</td> <td>INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)</td> <td>INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)</td> <td>INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)</td> <td>INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>100</td> <td>150</td> <td>200</td> <td>250</td> <td>300</td> <td>350</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>90</td> <td>140</td> <td>190</td> <td>240</td> <td>290</td> <td>340</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>80</td> <td>130</td> <td>180</td> <td>230</td> <td>280</td> <td>330</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>70</td> <td>120</td> <td>170</td> <td>220</td> <td>270</td> <td>320</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>60</td> <td>110</td> <td>160</td> <td>210</td> <td>260</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>50</td> <td>100</td> <td>150</td> <td>200</td> <td>250</td> <td>300</td> </tr> </table>								CIRURGIA	Dr. Humberto Pinheiro							Anestesiologista							ANESTESIA GERAL (PULSO)	- PULSO (PULSO)							RESPIRAÇÃO (PULSO)	INTRAARTERIAL (PULSO)	EXTRAVASO (PULSO)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	50	100	150	200	250	300	350	40	90	140	190	240	290	340	30	80	130	180	230	280	330	20	70	120	170	220	270	320	10	60	110	160	210	260	310	0	50	100	150	200	250	300
CIRURGIA	Dr. Humberto Pinheiro																																																																														
	Anestesiologista																																																																														
ANESTESIA GERAL (PULSO)	- PULSO (PULSO)																																																																														
	RESPIRAÇÃO (PULSO)	INTRAARTERIAL (PULSO)	EXTRAVASO (PULSO)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)	INTRAARTERIAL (INTRAARTERIAL)																																																																								
50	100	150	200	250	300	350																																																																									
40	90	140	190	240	290	340																																																																									
30	80	130	180	230	280	330																																																																									
20	70	120	170	220	270	320																																																																									
10	60	110	160	210	260	310																																																																									
0	50	100	150	200	250	300																																																																									
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	50	RESPIRAÇÃO	17	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO																																																																								
EST. GERAL	BOM	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	MAU	<input type="checkbox"/>	PÉSSIMO	<input type="checkbox"/>																																																																							
RISCO CIRÚRGICO	BOM																																																																														
EXAMES COMPLEMENTARES																																																																															
PRÉ-ANESTÉSICO																																																																															
EXAMES COMPLEMENTARES																																																																															
ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/>	RAQUIDIANA	<input checked="" type="checkbox"/>	EPIDURAL	<input type="checkbox"/>	BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/>	BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>																																																																				
TÉCNICA	Anestesia geral 70%																																																																														
LISTA DE MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO																																																																															
1. Nitrofurantoina	2. Iodo	3. Iodo	4. Iodo	5. Iodo	6. Iodo	7. Iodo	8. Iodo	9. Iodo	10. Iodo	11. Iodo	12. Iodo																																																																				
ARUANA SEGUROS																																																																															
05 OUT 2015																																																																															
																																																																															



## SOLICITAÇÃO DE PARECER

Médico Requerente \_\_\_\_\_

Especialidade Solicitada Cardiologia

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

Avaliação: Rotineira ( ) Urgência ( )

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Marcos Henrique de M. Idade 31  
Sector Urgência ( ) Isolamento ( ) Leito \_\_\_\_\_  
Enfermaria ( ) UTI ( )

### RESUMO - JUSTIFICATIVA

Pre-operatório

Assinatura

### PARECER DO ESPECIALISTA

Recomendo a realização de exames complementares para avaliar o quadro clínico e definir o tratamento.

CCU - Internado - Atendente:

ARUANA SEGUROS  
03/04/2015  
Assinatura

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte S/N CEP 58050-394 Mangabeira II, João Pessoa



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: <i>Diário de Praia Pison</i>				Número: <i>05</i>	
SEXO: <i>M</i>	DATA: <i>01.11.</i>	DATA DE ALTA: <i>2/6/915</i>	TIPO DE FORMAÇÃ0 NETA		
DATA DE ADMISSÃO: <i>23/07/11</i>		DATA DE ALTA: <i>2/6/915</i>		CID:	
DIAGNOSTICO INICIAL: <i>F. do. On. da fl. - D</i>					
DIAGNOSTICO FINAL: <i>Con. C. h. n. r. - F. do. On. d. fl. - D</i>					
ALTERAÇÃO DIAGNÓSTICO: <i>;</i> F.					
PRINCIPAIS ESPECIES: <i>2. em P. ir C. T. i. r.</i>					
PROTACONTO UTILIZADO: <i>On. c. w. i. -</i>					
TRATAMENTO INDICADO: <i>-</i>					
QUANTO A PATOLOGIA: <i>-</i>					
INFECÇÃO FO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAU: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		SUSPENSÃO TECNOLÓGIA	
EVOLUÇÃO DE ALTO: <i>/</i> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

## ORIENTAÇÕES PIS ALTA

### DIETA:

**REPOUZO:** Relativo em casa por 15 dias  
Responso as autoridades sera conforme fixo em 15 dias

**CLÍGIADOS COM A FERRADA OPERATÓRIA:** Faz-se a com azeite e salão duas vezes por dia. Se sentir dor, calar normalmente. Deve-se fazer uso de banhos.

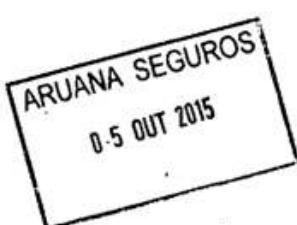
卷之三十一

**RETORNO** Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão

DATA **PTIANA SEGUROS**  
Este documento destina-se à autorização de pagamento hospitalar.  
Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Ann. Math. Stat.

DOCUMENTO 6 \*T6%



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:38:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710381101300000031602519>  
Número do documento: 20080710381101300000031602519

Num. 33010910 - Pág. 30

## 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** ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DESVIO ROTACIONAL DO EIXO DA Perna DIREITA PARA FORA,  
**médico pericial:** 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 Tornozele 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### 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:**

