

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: 16/12/2018 **sinistro:** INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: WELLINGTON DE LIMA LUNA

RG: 9.144.721 SDS/PE

CPF: 109.564.744-03 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA DA ESPERANÇA N: 105 Bairro: NSA SENHORA DAS GRAÇAS
GRAVATÁ/PE CEP: 55642-530, neste ato tendo assinado a rogo.

RG: _____ **CPF:** _____

Endereço: _____ N: _____ cep: _____

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847 705 894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAZAR N 56, BAIRRO PRADO - CEP 55.642-155

Endereço: Rua 10 de Novembro, Centro, Rio Branco - Acre, CEP 69.042-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
AT
COM OC LAO VERIFICADO
03 MAI 2019

~~* Wellende Limpia & una
AUTORGANTE~~

AUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravataí, 10, Abril, 2019

Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148753/19

Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA

CPF: 109.564.744-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2018

Titular do CPF: WELLINGTON DE LIMA LUNA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WELLINGTON DE LIMA LUNA : 109.564.744-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304709 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quarto e quinto metacarpo direito e lesão do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos

Descrição do exame físico: Ao exame: redução da amplitude movimento do quarto e quinto quirodáctilo direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fio de Kirschner e tenorrafia do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos direito.
Recebeu alta há 3 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em quarto quirodáctilo direito
Deficit funcional leve (25%) em quinto quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quarto e quinto quirodáctilos direitos, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190304709

Nome do(a) Examinado(a): WELLINGTON DE LIMA LUNA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Esperança, 105 - Gravatá/PE - CEP 55642-530

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9144721 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 16/12/2018

Data e Local do Exame : 22/05/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura do quarto e quinto metacarpo direito e lesão do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fio de Kirschner e tenorrafia do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos direito. Recebeu alta há 3 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: redução da amplitude movimento do quarto e quinto quirodáctilo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano funcional do quarto e quinto quirodáctilo direito.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal
quarto quirodáctilo direito
% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal
quinto quirodáctilo direito
% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

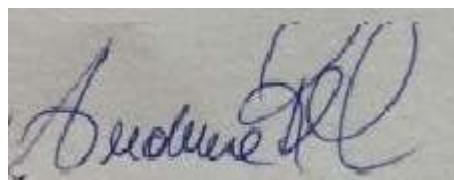
Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.
Dano funcionaldo quarto 50% e quinto quirodáctilo 25% direito.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304709

Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLINGTON DE LIMA LUNA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304709

Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190304709 **Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA**

Data do Acidente: 16/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELLINGTON DE LIMA LUNA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 37,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37,5% de 10%) 3,75%

Valor a indenizar: 3,75% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: WELLINGTON DE LIMA LUNA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000056480-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

109.564.744-03 Wellington de Lima Buna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

109.564.744-03

Recusa

Bairro:

Cidade:

Número:

105

nossa Senhora Graciosa

E-mail:

Gravatá

Estado:

PE

CEP:

55619-530

Tel. (DDD):

1819.9228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 56480

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação de **contato com a Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º**, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTATO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Gravataí 03 maio 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington de Lima Buna

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

José Sartor de Andrade

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0152001411

520847
0148753/1

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/04/2019** às **17:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 1** - Bairro: **SANTO ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POLO MOVELEIRO.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WELLINGTON DE LIMA LUNA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON DE LIMA LUNA**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WELLINGTON DE LIMA LUNA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA** Pai: **SEVERINO JOSE LUNA** Data de Nascimento: **5/3/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PADRE AUGUSTO SOARES, 536 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON DE LIMA LUNA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON DE LIMA LUNA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM7342** (PERNAMBUCO/GRAVATA)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON DE LIMA LUNA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE WELLINGTON DE LIMA LUNA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PEM - 7342, PELA AV. 15 DE NOVEMBRO, PRÓXIMO AO POLO MOVELEIRO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO QUE ENTROU DE VEZ NA VIA E NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, QUE AO LIVRAR O VEICULO COLIDIU EM OUTRO VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO DIREITA E FOI SOZINHO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Wellington de Lima Luna
WELLINGTON DE LIMA LUNA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHÕES** - Matrícula: **319807-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

109.564.744-03 Wellington de Lima Buna

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

109.564.744-03

Recusa

Bairro:

Cidade:

Número:

105

nossa Senhora Graciosa

Gravataí

Estado:

PE

CEP:

55619-530

E-mail:

Tel. (DDD):

18199.9228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 56480

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉNUO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
CNPJ: 03.330.000/0001-04
RG: 00000000-0
Fone: 031-3222-0000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravataí 03 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington de Lima Buna

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

José Santos de Andrade

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341515

PACIENTE: WELLINTON DE LIMA LUNA

GENITORA: SEVERINA DE LIMA LUNA

DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1989

ENDEREÇO: DR AMAURY DE MEDEIROS

BAIRRO: BOA VISTA

PONTO DE REFERENCIA: CASA

IDADE: 30

DATA: 16/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 05:13

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Parda

Nº: 25

UF: PE

CEP 55640-000

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Pcte c/ fermeira w marras ①
See a aaduia ahtoasbr-eis 7

EXAME FÍSICO



EXAMES SOLICITADOS

HD

FTX Juns D

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

PREScrição, PROCEDIMENTOS

TEMP.					
F.C.					
PESO:					
ALTURA:					
DIAGNOSTICO:					
TRATAMENTO:					
NOTAS ESPECIAIS:					

ALTA

HORA:	DATA	CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
		TRANFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON DE LIMA LUNA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 00000056480-9

Nr. da Autenticação 157A2B484269351B



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02.
NOTA FISCAL - FATURA - DOTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Inscrição Estadual: 0006643-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCICLEIDE DA CONCEICAO MONTEIRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA ESPERANCA 105 -A

CPF: 119.586.784-06 NIS: 18479050358

Nº SA/DAS GRACAS/GRAVATA
GRAVATA PE
55642-530

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CÓDIGO CONTRATO:

7017775710

MESMO ANO

DADA DE VENCIMENTO:

26/02/2019

DATA PAGAMENTO PRIMEIRA LUSTRA:

22/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

8,65

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍODO	ENQUADRO
051435423	ÚNICA	19/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL
19/02/2019	2013857115	5045688

HISTÓRICO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo ate 30 kWh
Multas por atraso-NF 043883760 - 22/12/18
Juros por atraso-NF 043883760 - 23/12/18
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-9880 0800 031 9999

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,18388253	5,51
		0,11
		0,09
		3,00

TOTAL DA FATURA

8,65

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
016686947	CAT	22/01/2019	5.162,00	19/02/2019	6.162,00	29	1.00000

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÉS ANO kWh

FEV19 30

JAN19 30

DEZ18 30

NOV18 30

OUT18 30

SET18 30

AGO18 30

JUL18 30

JUN18 30

MAR18 30

ABR18 30

FEV18 30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

MESMO ANO

ICMS

PIS

COFINS

BASE DE

CALCULO

%

VALOR DO

IMPOSTO

5,51 0,71 0,39

0,03

0,11

0,09

3,00

Faturado pelo consumo da base

- Cláusula de Incorporação

- Anexo III - Revisão da Tarifa

- 4500010

Consumo Ativo ate 30 kWh

0,18388253

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço desculpas mais uma vez por sua inconveniente. Infelizmente devido ao custo que envolve a emissão das faturas e bilhetes, não podemos enviar mais faturas impressas via correio. Por favor, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável pelo pagamento das faturas emitidas. As faturas impressas devem ser pagas no prazo estabelecido na legislação. Peço desculpas mais uma vez por sua inconveniente. Infelizmente devido ao custo que envolve a emissão das faturas e bilhetes, não podemos enviar mais faturas impressas via correio. Por favor, consulte o site www.celpe.com.br.

PEÇA FOLHETO INFORMATIVO

CONSULTA DE FOLHETO



Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

 bradesco | 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 0000000000000000

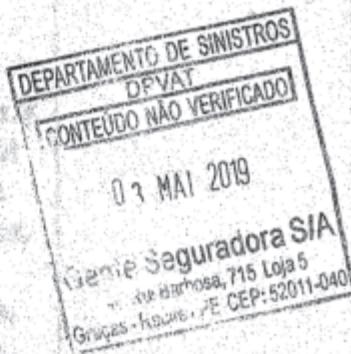
Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

BIA BIMALDO BAL TAB - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Avallista



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847.705.894-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellington de Lima Bem inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.564.744-03, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.564.744-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os 

Recuso informar

03 MAI 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Genito Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	R. Rivaldo Baltar	Número	56	Complemento
Bairro	Prado	Cidade	Gravatá	Estado PE
Email	Telefone comercial (DDD)		CEP 55642 155	Telefone celular (DDD) (81) 9.9228-5097

Gravatá 1 de maio de 2019

Local e Data

Gleyson Santana de Amaral

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014485221721

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO:
1 451181905 ***** 2018

WELLINGTON DE LIMA LUNA

GRAVATA - PE

CPF / CNPJ 109.564.744-03	PLACA PEM7342
PLACA ANT / UF ***** /PE	CHASSI 9C2KC1670CR482598

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3I	ANO FAB - ANO MOD 2012 2012
CAP / POT / CIL 29/149CL	CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE CINZA	

I COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC COTA UNICA *****	VENC / COTAS 1 ^a *****
P FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS *****	2 ^a *****
V		3 ^a *****
A		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180,65 0,70 185,30 18/01/18

SEGURADO OBRIGATÓRIO
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE
ROBERTO CARLOS NOGUEIRA FORTALEZA
DIRETOR FREE EXPIRADO

DATA
03/04/19

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

PE Nº 014485221721 BILHETE DE SEGURO DE
WELLINGTON DE LIMA LUNA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMIS. 03/04/

VIA	CPF / CNPJ 109.564.744-03	PLACA PEM7342
	RENAVAM 451181905	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3
ANO FAB	2012	CHASSI 9C2KC1670CR482598
DATA EXP.	09	

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) 81,29	DENATRAN (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURADO 90,33
QUINTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,70	TOTAL SEURO 100,00 R\$ 185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 18/01/18
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTE DOCUMENTO É GUARDE O BILHETE
QUE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO



W





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 341515

PACIENTE: WELLINTON DE LIMA LUNA

GENITORA: SEVERINA DE LIMA LUNA

DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1989

ENDEREÇO: DR AMAURY DE MEDEIROS

BAIRRO: BOA VISTA

PONTO DE REFERENCIA: CASA

IDADE: 30

DATA: 16/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 05:13

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Parda

Nº: 25

UF: PE

CEP 55640-000

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Pcte c/ fermeira w marras ①
See a aaduia ahtoasbr-eis 7

EXAME FÍSICO



EXAMES SOLICITADOS

HD

FTX Juns D

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

PREScrição, PROCEDIMENTOS

TEMP.	
F.C.	

ALTA

HORA:

DATA

 CURADO MELHORADO A PEDIDO TRANSFERIDO ADMINISTRATIVO ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



MUNICIPAL
AGORA É CRESCEMENTO
GRAVATAÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

16-12-18

HORA:

21-00

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

16-12-18

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

Wellinton da Sil - Júnior

IDADE:

ENDERECO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de 4º / 5º metatarsos direito

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com ferimento e dor em mão direita após franne de grande energia.
Sem outras queixas

SINAIS VITais:

PRESSÃO ARTERIAL:

120x70

mm/Hg

F. CARDIACA:

100

bpm

F. RESPIRATÓRIA:

16

lpm

TEMPERATURA:

36,5

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

15

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO

(+ ++ +++ ++++)

DESIDRATADO

DESNUTRIDO

SIM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

CIANÓTICO

ICTÉRICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES

HAS

ID

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

Gente Seguradora SIA
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graciosa - Recife PE CEP: 50041-040
DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

B

HT

LEUCO

QPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMais EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL DE DESTINO:

HFA - o Ortopédico

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Jr. Hugo P. + 55 8379

SENHA CENTRAL

SENHA SAMU

Dr. Thiago Rafael
Médico
CRM/PE 20277

16/12/19

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:07

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
 Plano: SUS - ELETIVAS
 Responsável:
 Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
 Matrícula:
 Identidade:
 C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
 Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
 Endereco: RUA MARIA MENINO
 Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
 Cidade: 2606408 GRAVATA
 Pai: SEVERINO JOSE LUNA
 Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO
 C.P.F.: 10956474403
 Identidade: 9144721 - SDS - PE
 Telefone: / 94491039
 G.Instrução:
 Ocupação: AUTONIMO
 Naturalidade: POMBOS

CLINICA MÉDICA

Em: 29/12/2018 - 11:05 -----

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ANDRE PIRES CRM 22725)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM:

DATA DA ADMISSÃO: 18/12/2018

DATA DA ALTA: 29/12/2018

HD: PÓS-OP FRATURA DO 4º E 5º QDD

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);

FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.



Hospital Memorial Armindo Moura
 SAME
 Serviço de Arquivo Médico e Estatística
 Fone: (81) 3635 2013
 Av. Cleto Campeão, S/n - n°-PE

Em: 24/12/2018 - 08:25 -----

AVALIAÇÃO (Dr. ANDRE PIRES CRM 22725)

2 DIH: FRATURA DO 4 E 5 QDD

HOF

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24 HORAS

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:07

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

CLINICA MÉDICA

AO EXAME: SEM ALTERAÇÕES CLINICAS

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO

Em: 18/12/2018 - 17:00

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ANDRE PIRES CRM 22725)

Queixa do paciente:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOF PARA INTERNAMENTO CIRÚRGICO DEVIDO A FRATURA DO 4 E 5 QDD

Exame físico:

DOR + EDEMA EM MAO D

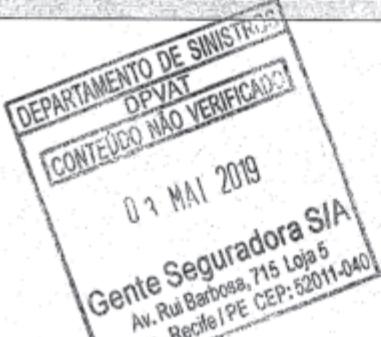
Hipótese diagnóstica:

FRATURA DO 4 E 5 QDD

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -	SOL PRE OP	
03 -	TALA GARRAFA	
04 -		



Ho

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:07

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

CLINICA MÉDICA

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:08

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 28/12/2018 - 17:16

DESCRÍÇÃO CIRURGICA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DO 4º E 5º MTC

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 18/12/2018, sendo submetido a tratamento ortopédico em 28/12/2018.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE METACARPO

MÉDICO CIRURGIAO:

Dr. DANIEL SANCHES

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;



Emissão: 13/03/2019 12:08

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 04/01/19 AS 19 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 605 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Presc Em: 28/12/2018 - 17:16

Descrição Cirúrgica (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Descrição Cirúrgica

Equipe:

Cirurgião: DANIEL SANCHES – CRM : 19149

Aux 1:

Anestesista: ADRIANA SIMÕES

Instrumentador:

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DO 4º E 5º MTC



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:08

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Cirurgia Realizada

- 1 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MÃO - 2X
2 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS - MÃO
3 - TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES**

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO SUPERIOR
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO DORSAL DA MÃO E
DIVULSAÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA
OBSERVADO ESGARÇAMENTO DE TENDÃO EXTENSOR DO 5º QDE
NEURÓLISE DE NERVO DIGITAL
OSTEOTOMIA DE 4º MTC
REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL E FIXAÇÃO COM 3 FIOS K 1.5
LAVAGEM CÓM SF 0,9%
TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QDE COM NYLON 5,0
TENÓLISE DO TENDÃO EXTENSOR DO 5º QDE
SUTURA DA PELE COM NYLON 4,0
CURATIVO OCCLUSIVO
RETIRADA DE GARROTE
USADA FLUOROSCOPIA
TALA GARRAFA

Materiais Prosmed



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 13/03/2019 12:08

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: ANDRE PIRES

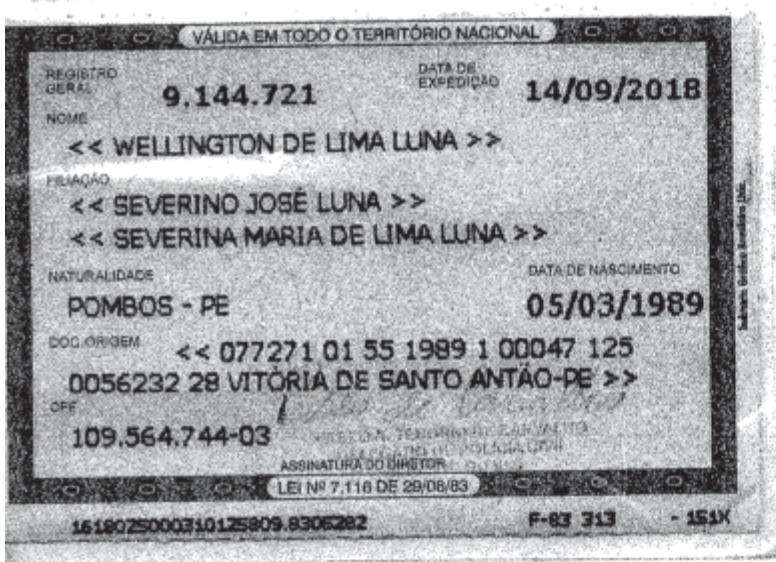
Saída: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700206422959225

Paciente: 1619278 WELLINGTON DE LIMA LUNA
Nascimento: 05/03/1989 (30 Anos)
Endereço: RUA MARIA MENINO
Bairro: NOVO C.E.P.: 55641-495
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: SEVERINO JOSE LUNA
Mãe: SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 10956474403
Identidade: 9144721 - SDS - PE
Telefone: / 94491039
G.Instrução:
Ocupação: AUTONIMO
Naturalidade: POMBOS

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017
4.339.162

NOME << GLEYSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DOC. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283
0000565 60 RECIFE - PE >>

CPF 847.705.894-68

Patrícia C.G. Alcoforado

Polícia Civil de Pernambuco

LEI N° 7.116 DE 29/06/63

1017/2012/012-56/765163

F-76 315.700 - 422



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014485221721

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO:
1 451181905 ***** 2018

WELLINGTON DE LIMA LUNA

GRAVATA - PE

CPF / CNPJ 109.564.744-03	PLACA PEM7342
PLACA ANT / UF ***** /PE	CHASSI 9C2KC1670CR482598

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3I	ANO FAB - ANO MOD 2012 2012
CAP / POT / CIL 29/149CL	CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE CINZA	

I COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC COTA UNICA *****	VENC / COTAS 1 ^a *****
P FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS *****	2 ^a *****
V		3 ^a *****
A		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180,65 0,70 185,30 18/01/18

SEGURADO OBRIGATÓRIO
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE
ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA
DIRETOR FREE EXPIRADO

DATA
03/04/19

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

PE Nº 014485221721 BILHETE DE SEGURO DE
WELLINGTON DE LIMA LUNA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMIS. 03/04/

VIA	CPF / CNPJ 109.564.744-03	PLACA PEM7342
	RENAVAM 451181905	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3I
	ANO FAB 2012	DATA 09
		NE CHASSI 9C2KC1670CR482598

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) 81,29	DENATRAN (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGUR. 90,33
QUINTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,70	TOTAL SEURO 185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 18/01/18
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTE AGORA E GUARDE O BILHETE
ESTE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304709 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quarto e quinto metacarpo direito e lesão do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos

Descrição do exame físico: Ao exame: redução da amplitude movimento do quarto e quinto quirodáctilo direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fio de Kirschner e tenorrafia do tendão extensor do quarto e quinto quirodáctilos direito.
Recebeu alta há 3 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em quarto quirodáctilo direito
Deficit funcional leve (25%) em quinto quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quarto e quinto quirodáctilos direitos, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304709 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON DE LIMA LUNA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 4º E 5º METACARPOS DA MÃO DIREITA COM LESÃO NO TENDÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER, TENOPLASTIA E TENÓLISE)(PÁG.10) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00