

PROCURAÇÃO 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

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

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

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.



Wellington de Lima Luna
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

Gravata, 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 médico-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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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 termino 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 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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 às 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

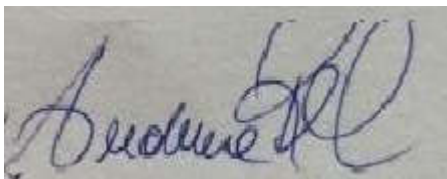
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 funcional do quarto 50% e quinto quirodáctilo 25% direito.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF : PE

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



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, retorne 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: 109.564.744-03 Nome completo da vítima: Wellington de Lima Luna

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

Nome completo: Wellington de Lima Luna CPF: 109.564.744-03

Profissão: Receita Endereço: Rua Da Esperança Número: 105 Complemento: _____

Bairro: Nossa Senhora Graça Cidade: Gravatá Estado: PE CEP: 55642-530

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9228-5097

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 ☐ CONTA: 56480 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 atenda 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade 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.



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: _____ 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: Gravatá 03 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington de Lima Luna

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



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 - Culposos (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, PROXIMO AO POLO MOVELEIRO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO QUE ENTROU DE VEZ NA VIA E NA CONTRA MAO DE DIRECAO, QUE AO LIVRAR O VEICULO COLIDIU EM OUTRO VEICULO QUE ESTAVA ESTACIONADO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MAO 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 BULHOES** - 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: 109.564.744-03 Nome completo da vítima: Wellington de Lima Luna

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

Nome completo: Wellington de Lima Luna CPF: 109.564.744-03

Profissão: Receita Endereço: Rua Da Esperança Número: 105 Complemento: _____

Bairro: Nossa Senhora Graça Cidade: Gravatá Estado: PE CEP: 55642-530

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9228-5097

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 ☐ CONTA: 56480 9 ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

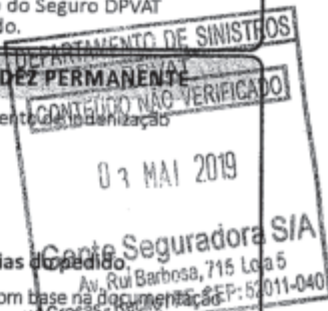
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade 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.



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: _____ 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, Gravatá 03 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington de Lima Luna

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



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

CIDADE: GRAVATA

DATA: 16/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 05:13

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Parda

Nº: 25

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Pcte atenuado em peso (D)
see a acidentado com lesões

EXAME FÍSICO



EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

FTX de m e D

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Thiago Rangel

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

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: 000000056480-9

Nr. da Autenticação 157A2B484269351B





| 237-2 |

2379415009 91510.807586 16000.224507 9 00000000000000

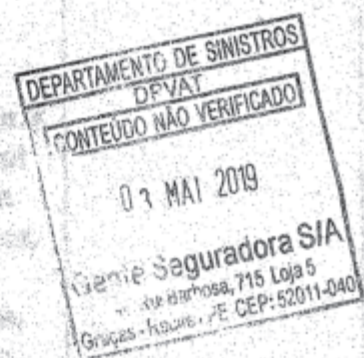
Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Avalista



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

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

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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.

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



Endereço <u>R: Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9228-5097</u>

Gravatá de maio de 2019
Local e Data

Gleysson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 COD. RENAVAM 451181905 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
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 2012 ANO MOD 2012

CAP. / POT. / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1. *****

IPVA 2018 QUITADO 2. *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 18/01/18

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

GRAVATA 03/04/19

ROBERTO CARLOS MORAIS FORTALEZA

DIRETOR PRES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485221721 BILHETE DE SEGURO DPVAT
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

GRAVATA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 03/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 109.564.744-03 PLACA PEM7342

RENAVAM 451181905 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3I

ANO FAB 2012 DATA 09 CHASSI 9C2KC1670CR482598

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGADO 95.18

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 18/01/18

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratias - Recife/PE CEP: 52011-040





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

CIDADE: GRAVATA

DATA: 16/12/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 05:13

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Parda

Nº: 25

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE: SOZINHO

HDA

Pcte atenuado em peso
see a acidentado com lesões

EXAME FÍSICO



EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

FTX de mdo

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Thiago Rangel

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

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:

Williamton de Jesus

IDADE:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de 4º/5º metacarpo direito

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com fraturas e dor em mão
direita após trauma de baixa energia
sem outros sintomas

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

120x70 mm/Hg

F. CARDÍACA:

100 bpm

F. RESPIRATÓRIA:

16 lpm

TEMPERATURA:

36,5°

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

15

EXAME FÍSICO:

SIM

NÃO

(+ + + + +)

DESIDRATADO

DESNUTRIDO

SIM

NÃO

(+ + + + +)

CIANÓTICO

ICTERÍCO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAI 2019

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

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

B

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA I

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL
DE DESTINO:

HRA - O Antepedra

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Thiago P. F.

SENHA CENTRAL

557 8379

SENHA SAMU

Dr. Thiago Rafael
Médico
CREMEPE 27737

16/12/19

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
Responsavel:
Médico Resp: ANDRE PIRES

Salda: 29/12/2018 Hora: 16:56
Matricula:
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 4° E 5° QDD

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

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.



Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3635.2013
Av. Cleto Campelo, S/N - 00-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 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

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 CIRURGICO 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/Checkagem

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



No

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:**

Atendimento: 300525 Entrada: 18/12/2018 Hora: 16:02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
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

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

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

DESCRIÇÃO 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 CIRURGIÃO:

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.: 10958474403
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 CIRURGICA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: DANIEL SANCHES - CRM : 19149

Aux 1:

Anestesista: ADRIANA SIMÕES

Instrumentador:

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DO 4º E 5º MTC



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

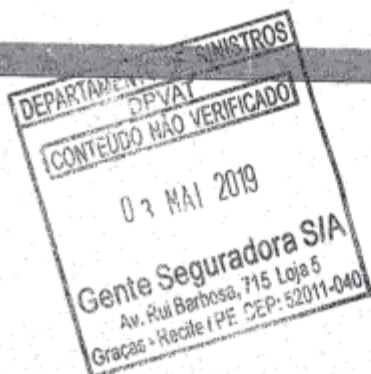
Acidentes

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
DIVULSÃO 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 COM 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 OCLUSIVO
RETIRADA DE GARROTE
USADA FLUOROSCOPIA
TALA GARRAFA

Materiais Prosmed



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico 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: AUTONIMO
Ocupação: POMBOS
Naturalidade:

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.144.721 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2018

NOME << WELLINGTON DE LIMA LUNA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO JOSÉ LUNA >>
<< SEVERINA MARIA DE LIMA LUNA >>

NATURALIDADE POMBOS - PE DATA DE NASCIMENTO 05/03/1989

DOC. ORIGEM << 077271 01 55 1989 1 00047 125 0056232 28 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE >>

CPF 109.564.744-03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

1618025000310125909.8306282 F-83 313 - 151X

EC-12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VAREZ PEREIRA

POLEGAR DIREITO

CARTeira DE IDENTIDADE

Wellington de Lima Luna

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PERNAMBUCO

SOCIEDADE DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

Carteira de Identidade

Gleybson Santana do Amaral

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

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

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DCC ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE - PE

CNPJ 847.705.894-68

Ass. Patrícia C.G. Alceforado

Ass. Patrícia C.G. Alceforado

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

F-76 315.700 - 4823

101728001210122856.7651188

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 COD. RENAVAM 451181905 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
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 2012 ANO MOD 2012

CAP. / POT. / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1. *****

IPVA 2018 QUITADO 2. *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 18/01/18

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

GRAVATA 03/04/19

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA

DIRETOR PRES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485221721 BILHETE DE SEGURO DPVAT
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

GRAVATA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 03/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 109.564.744-03 PLACA PEM7342

RENAVAM 451181905 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN E3I

ANO FAB 2012 DATA 09 CHASSI 9C2KC1670CR482598

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGADO R\$ 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 18/01/18

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratias - Recife/PE CEP: 52011-040

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 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 termino 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 - OSTEOSSÍNTESE (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