

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradora Lider.com.br](http://www.seguradora Lider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ovidor: 0800-021-91-55

Eu, VALDETE FERNANDES DA SILVA

RG nº 789.398, data de expedição 24/05/2012

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 073.118.934-53

com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ANGENITA, nº 50

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES, cujo o condutor era

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 160 FANESSE Ano: 2016/2017

Placa: PDV-8391 Chassi: 9C2KC2200HR001981

Data do Acidente: 04/05/2019

Local e Data: \_\_\_\_\_

Valdete Fernandes da Silva

Assinatura do Declarante

Wesley Rodrigo de O. Fernandes

Assinatura do Condutor

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



Cartório de Registro Civil  
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco  
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco  
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

RECIFE, 30 de setembro de 2019. Em

TEST. \_\_\_\_\_ da verdade.

ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE SUBSTITUTA)

Emol.: R\$ 1,39 TCNR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91

válido somente com o selo

0074817.FYED0201912.00080 (15:28:25)

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).







## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**, prontuário nº 1171165, admitido neste hospital em 10/05/2019 com diagnóstico de Fratura de escafóide direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/05/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
GRUPE - 12434

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



|                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                                                                                     |  | Ministério da Saúde |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  | Folha 1/2 |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                                             |  |                     |  | 2 - CNES                                                                                                |  |           |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                               |  |                     |  | 4 - CNES                                                                                                |  |           |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>NSA</b>                                                                     |  |                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>640063</b>                                                                      |  |           |  |
| Identificação do Paciente                                                                                             |  |                     |  | 8 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                    |  |           |  |
| 7 - NOME DO PACIENTE <b>Wesley Rodrigo de Oliveira Fernandes</b>                                                      |  |                     |  | 10 - RACIA/COR                                                                                          |  |           |  |
| 9 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                                |  |                     |  | 11 - SEXO                                                                                               |  |           |  |
| 12 - NOME DA MÃE                                                                                                      |  |                     |  | 13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                                                                 |  |           |  |
| 14 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                              |  |                     |  | 15 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                                                                 |  |           |  |
| 16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                       |  |                     |  | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                                                                |  |           |  |
| 18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                          |  |                     |  | 19 - UF                                                                                                 |  |           |  |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)                                                             |  |                     |  | 21 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                                                                |  |           |  |
| 22 - UF                                                                                                               |  |                     |  | 23 - CEP                                                                                                |  |           |  |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                        |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                                                                  |  |                     |  | 25 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR                                                                    |  |           |  |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                                                   |  |                     |  | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA                                                                     |  |           |  |
| 28 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                              |  |                     |  | 29 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                   |  |           |  |
| 30 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                |  |                     |  | 31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                           |  |           |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                   |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>Trat. cirurg. ossas do corpo</b>                                          |  |                     |  | 33 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>0408020466</b>                                                   |  |           |  |
| 34 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                                         |  |                     |  | 35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                                                                                |  |                     |  | DIÁRIA DE UTI TIPO I                                                                                    |  |           |  |
| 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>Parafuso Herbert</b>                                                       |  |                     |  | 37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>07020306390</b>                                                   |  |           |  |
| 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                               |  |                     |  | 39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 40 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                               |  |                     |  | 41 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 42 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                     |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| <b>Paciente admitido com fratura de escápula direita, foi submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências.</b> |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>Eduardo José Farias de Queiroz</b>                                           |  |                     |  | 44 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>15/05/19</b>                                                                |  |           |  |
| 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>09295404416</b>                                            |  |                     |  | 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>CRM 14508 TEOT</b>                            |  |           |  |
| 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                 |  |                     |  | 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |  |           |  |
| 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                               |  |                     |  | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                  |  |           |  |



Registro: 640063 Prontuário: 1171165 Data de Nascimento: 28/04/95 Idade: 24 ANO(S)

Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

Sexo: Masculino

Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES  
SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É  
DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A  
FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COM

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD.  
04.08.02.046-6) CÓDIGO: 040802046-6

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD. 04.08.02.046-6)  
CÓDIGO: 040802046-6

| COD. | EQUIPE           | NOME                 | MATRICULA |
|------|------------------|----------------------|-----------|
| 1    | CIRURGIÃO        | :DR. EDUARDO QUEIROZ | CRM 14508 |
| 2    | 1.AUX CIRÚRGICO: | DRA. PRISCILA GRECH  | CRM 27539 |
| 3    | 2.AUX CIRÚRGICO: |                      |           |
| 4    | ANESTESIA        | :BLOQUEIO            |           |
| 5    | ANESTESISTA      | :DR. MAURO CASADO    | CRM 2161  |
| 6    | CLÍNICA MÉDICA   | :                    |           |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

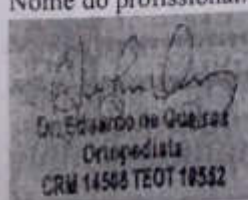
RESUMO DE CASO: PACIENTE COM FRATURA GRAVISSIMA DE POLO PROXIMAL DO  
ESCAFOIDE

PROGNOSTICO RESERVADÍSSIMO

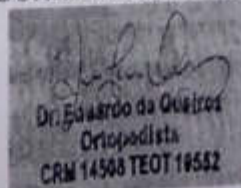
SUBMETIDO A OSTEOSINTESE COM HERBERT

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:45:22.



Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552



Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552

Registro:640063 Prontuário:1171165 Data de Nascimento:28/04/95 Idade:24 ANO(S)

Nome do Paciente:**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

Sexo:Masculino

Nome da Mãe:ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO| **NOTA:** AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COM

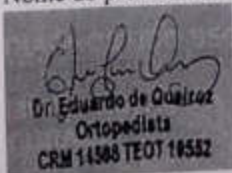
**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**

**MOTIVO DA ALTA  
CURADO**

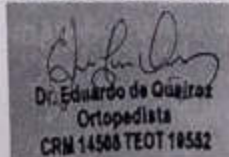
**Dr. EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ**  
CRM: 14508

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:45:22.



Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552



Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552



Registro:640063 Prontuário:1171165 Data de Nascimento:28/04/95 Idade:24 ANO(S)  
Nome do Paciente:**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES** Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,15/05/2019-14:34

### EQUIPE

CIRURGIÃO: DR. EDUARDO QUEIROZ CRM 14508 ITORK  
AUXILIAR: DRA. PRISCILA GRECH  
ANESTESISTA: DR. MAURO CASADO CRM 2161

OPME: PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO CANULADO 2.7

### DADOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTOS: 1. TTO. DE FRATURA DO ESCAFOIDE (COD. 04.08.02.046-6)

CID10: S62.0  
DATA: 15-05-2019 HORA INICIO:14:00 HORA FINAL: 15:00  
ANESTESIA: SEDAÇÃO/BLOQUEIO

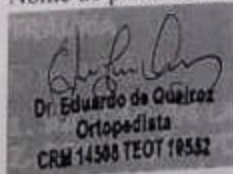
### ATO OPERATÓRIO

PROGNÓSTICO PÉSSIMO GRANDE CHANCE DE PERDA DE ADM, NECROSE E ARTROSE SECUNDARIO AO TRAUMA

1. INCISÃO EM LAZY-S CENTRADO EM POLO PROXIMAL DO ESCAFOIDE DE APX 5 CM
2. SEPARAÇÃO POR PLANOS
3. ABORDAGEM INTERPLANOS 3º E 4º TUNEIS
4. CAPSULOTOMIA EM L
5. OBSERVAÇÃO DE FRATURA DE ESCAFOIDE DE ALTISSIMA GRAVIDADE DE POLO PROXIAML
6. RETIRADA DE FRAGMENTOS CONDRAIS LIVRES
7. REDUÇÃO DE FRATURA
8. PASSAGEM DE BROCA 2.0 APOS FIO GUIA POR ESCOPIA
9. MEDIÇÃO DE PARAFUSO DE HERBERT APX 18MM
10. PASSAGEM DE BROCA 2.7 PARA ENTRADA EM ESCAFOIDE
11. PASSAGEM DE PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO
12. CHECAGEM SOB ESCOPIA
13. LIMPEZA COM SF0,9%

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:38:14.



Dr. Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

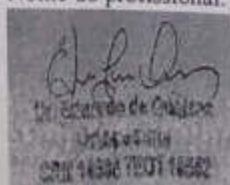
Registro: 640063 Prontuário: 1171165 Data de Nascimento: 28/04/95 Idade: 24 ANO(S)  
Nome do Paciente: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA  
CPF: 10362709475

Data: 15/05/2019

- 14. CAPSULOTOMIA COM NYLON
- 15. SUTURA POR PLANOS
- 16. CURATIVO
- 17. ORTESE LUVA

Dr. EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ  
CRM: 14508

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: EDUARDO JOSÉ FARIAS DE QUEIROZ. CRM: 14508. Data e Hora: 15/05/2019 14:38:14.





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: Contatos: MASCULINO 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

## REGISTRO CLÍNICO

### QPD/HDA:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO HA APROXIMADAMENTE 7 HORAS. REFERE DOR EM PUNHO DIREITO. NEGA ALERGIAS.

RX: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO

### EXAME FÍSICO:

ADM DOLOROSO, PORÉM PRESERVADO. NV PRESERVADO. EDEMA (1/4+). SEM FLOGOSE, DEFORMIDADE, EQUIMOSE OU LESÃO CUTÂNEA.

### DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO



Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: MASCULINO Contatos: 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 06/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01298513

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### EVOLUÇÃO

Paciente segue no aguardo para transferência.

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Handwritten signature*  
UPA CAXANGÁ  
Dr. Audrey Vasconcelos  
CRM: 11727



Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: Contatos: MASculino 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

**Conduta:**

TALA LUVA COM EXTENSÃO PARA ESCAFOIDE.  
AO HOSPITAL DE REFERENCIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: MASCULINO Contatos: 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRICIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

### RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 04 DE MAIO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO HA APROXIMADAMENTE 7 HORAS. REFERE DOR EM PUNHO DIREITO. NEGA ALERGIAS.

RX: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO, em: 04/05/19 15:07

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome: 467449-WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES Idade: 24a 1m Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: Contatos: MASCULINO 81 - 98524588 / -

Mãe: ANA PATRIACIA PEREIRA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ARGERITA, 50 - ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/ PE - CEP: 52211153

Data do Atendimento: 04/05/2019

Prontuário: 00467449

Nº Atendimento: 01297830

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO, em: 04/05/19 15:07

**CID PRINCIPAL:**

**CONDUTA:**

TALA LUVA COM EXTENSAO PARA ESCAFOIDE.  
ANALGESIA.  
AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS  
SENHA: 5676719

MÉDICO: MARIANA MELO CRM: Nº 24973

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



## UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-05-04 12:20:39

Nome Paciente: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES  
Cód. Paciente: 467449  
Data de Nascimento: 10/04/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 24  
Senha: OR0031  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 1297830   
SAME:

Período: 2019-05-04 12:20:39 - 2019-05-04 12:53:21

Prioridade:

**NÃO URGENTE**

Cor:

 VERDE

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, DOR EM MSD

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 151.00 MM/HG  
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MM/HG  
- TEMPERATURA(C): 35.80 C°

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA AMORIM DE LIMA - COREN: 502206 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-05-31 14:49:00





H S A  
G 280519  
| 8068 D  
0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8876321 SDB PE

CPF

103.627.094-75

DATA NASCIMENTO

28/04/1995

FILIAÇÃO

WALDSON FERNANDES DA  
SILVA  
ANA PATRICIA PEREIRA  
DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06312510861

VALIDADE

31/10/2019

1ª HABILITAÇÃO

03/03/2015

OBSERVAÇÕES

sem observações

Wesley Rodrigo de O. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

17/03/2016

*[Signature]*

ASSINATURA DO EMISSOR

87883725146

PE072006234

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1222068962

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1222068962







H S A  
G 280519  
| 8068 D  
0



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190651760 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 03/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,5,7,8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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            |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190651760 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 03/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,5,7,8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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            |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410945/19

**Vítima:** WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNAN

**CPF:** 103.627.094-75

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 04/05/2019

**Titular do CPF:** WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES : 103.627.094-75**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019  
Nome: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES  
CPF: 103.627.094-75

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

---

**Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190651760**

**Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

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





**Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190651760**

**Vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

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

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| Multa:                                                     | R\$ 0,00   |
| Juros:                                                     | R\$ 0,00   |
| Total creditado:                                           | R\$ 945,00 |
| Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70% |            |
| Graduação: Em grau residual 10%                            |            |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%           |            |
| Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =                     | R\$ 945,00 |

Recebedor: **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000048**

Conta: **000000030011-3**

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](http://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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 103.627.094-75 4 - Nome completo da vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

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

5 - Nome completo: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES 6 - CPF: 103.627.094-75  
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: RUA ARGERITA 9 - Número: 05 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ALTO STA. TEREZINHA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52011-153  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81) 98852-4588

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00030011 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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.

## 22 - 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 quantificação 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Wesley Rodrigo de O. Fernandes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0106001719

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2019 às 12:24

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 4/5/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS, 1 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)**  
**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VÍTIMA O: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**



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

**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: ANA PATRICIA FERREIRA DE OLIVEIRA - Pai: WALDIRSON FERNANDES DA SILVA Data de Nascimento: 28/04/1995 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA ARGENTA, 50 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES, que estava em posse do(a) Sr(a): WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDV8391 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCOOLASOL**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA DESTES B.O., QUE QUANDO TRAFEGAVA PELA AVENIDA PROFESSOR JOSE DOS ANJOS NO BAIRRO DO ARRUDA PELA MANHÃ, AO DAR PARTIDA, POIS TAVA PARADO NO SINAL, FOI ATROPELADO POR UM DESCONHECIDO, QUE DE IMEDIATO O AJUDOU, LEVANTANDO A MOTOCICLETA DELE, QUE A PRINCÍPIO ACHOU QUE**



NAO PRECISARIA DE SOCORRO, QUE O DESCONHECIDO FOI EMBORA, QUE POUCO TEMPO APOS SENTIR DORES  
PERSISTENTEMENTE, DIRIGIU-SE A UPA DA CAXANGÁ, QUE LA FAZENDO RAO X DESCOBRIU QUE ESTAVA COM UMA  
FRATURA NO PUNHO, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, FICANDO 12 DIAS HOSPITALIZADO, SENDO 6 DIAS NA UPA  
DA CAXANGÁ E 6 DIAS NA SANTA CASA DE MISERICORDIA.

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

*Wesley Rodrigo de O. Fernandes*  
**WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES**  
(VÍTIMA)

R.O. registrado por: **VALERIA DANTAS PONTES** - Matrícula: 208583-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 103.627.094-75 4 - Nome completo da vítima: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

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

5 - Nome completo: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES 6 - CPF: 103.627.094-75  
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: RUA ARGERITA 9 - Número: 05 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ALTO STA. TEREZINHA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52011-153  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81) 98852-4588

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00030011 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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.

## 22 - 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 quantificação 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019

Wesley Rodrigo de O. Fernandes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: WESLEY RODRIGO DE OLIVEIRA FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000030011-3

---

Nr. da Autenticação 33DE23DC4912B4FB



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/06  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 014  
Ouvidoria 0800 282 559  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

LUCILA LOURENCO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO

04/11/2016

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/09/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000616466

CONTA CONTRATO

0077425012

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

ENDEREÇO

RUA ARGERITA 5 -ALTO STA  
TEREZINHA/RECIFE -52211-153  
RECIFE PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 3.913,26

PERÍODO CONSUMO

CONSUMO

5282

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 951,87

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0077425012

MÊS/ANO

07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 3.913,26

VENCIMENTO

04/11/2016

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000291 132600110006 077425012105 047409142731

