



Número: **0002765-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59027946	10/03/2020 16:27	2701140_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00027650920208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **09/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 25/03/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os boletins de atendimento médico não comprovam que as lesões adquiridas pela parte autora tenham decorrido do acidente alegado.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1,012.50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹ [1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² [1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Importante ressaltar que o boletim de atendimento médico não atesta em momento algum que as lesões adquiridas pela parte autora tenham decorrido do acidente aduzido:

HOSPITAL DO ESPIÑEIRO	
RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO	
Pagina 1 de 1	
ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE	
20/03/2019 12:36	
Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	DI. Nasc.: 21/05/1994
Atendimento: 17591716	Prontuário: 8615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE
Leito: 300216/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO, MEDICO, CRM 24244 [1]	Nº: 12510378 09/03/2019 às 14:15
IDENTIFICAÇÃO	
Nº Atendimento	17591716 [1]
Nome	WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA [1]
Data De Nascimento	21/05/1994 [1]
Data Da Internação	09/03/2019 [1]
HDA/EXAME FÍSICO / CONDUITA	
HDA	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE OLINDA COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD. PACIENTE RETORNA COM RX COM FRATURA DE F3 DE 3 PDD EXPOSTA. AO EXAME: BEG, LOC, AAA. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. ENTRADO EM CONTATO COM SOBREVIVIS. CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + ANALGESIA + TETANOGAMA + JELCO. [1]
SINAIS VITAIS	
FC	80 bpm [1]
FR	16 mrpm [1]
Sat O2	98 % [1]
DIAGNÓSTICO	
CID Principal	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO [1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO	
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM. [1]

⁴SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190481437	Cidade: Olinda	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Data do acidente: 09/03/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3 PDD.				
Descrição do exame: VÍTIMA COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO 3 PDD (5 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAVE LOCAL, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.				
Resultados terapêuticos: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FIO K, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO III DEDO DO PÉ DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 27/08/2019				
Conduta mantida:				
Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO III PODODÁCTILO DIREITO, 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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

⁵ APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 09/03/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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:	02/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000028966-1

Nr. da Autenticação 2AEC544548C1FC3B

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1,012.50 (UM MIL E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00027650920208172001.

Rio de Janeiro, 2 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





10/03/2020

Número: **0002765-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA (AUTOR)			VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59027 947	10/03/2020 16:27	ANEXO 1	Outros (Documento)

GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

WILLANS DE MELO VIGENTE FERREIRA

RECIFE, PE

1676672728

111.458.194-15

31/08/1994

WILLANS VIGENTE FERREIRA

MARIA

SILVANIA MARIA DE MELO

15/06/2018

11/09/2013

WILLANS W. V. FERREIRA

RECIFE, PE

15/06/2018

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15-101-7119
Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.063-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LODAS VINICIUS MATA SEPULVEDA

DOC. GUSTATIL/ORG. EMBOD. LUF
9217159 808 PE

CPF
076.711.374-80

DATA NASCIMENTO
25/07/1988

FULLALDO
NIGUEL ANUEL
SEPULVEDA MORALES
RAMONA MATA
MANGABEIRA MATA

PROFISSÃO
CONDOMÍNIO

DATA REGISTRO
03/06/2012

DATA EMISSÃO
25/01/2021

DATA VALIDADE
02/06/2022

IDENTIFICAÇÃO
SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA
LODAS VINICIUS MATA SEPULVEDA

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
25/01/2021

ASSINATURA
LODAS VINICIUS MATA SEPULVEDA

ASSINATURA
LODAS VINICIUS MATA SEPULVEDA

PERNAMBUCO

VALIDADE DO TUDO
1420938458

RECHIDO PLASTIFICAR
1420938458

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15/03/2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014488737540	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RUTRO	EXERCÍCIO
1	110192094	*****	2019
NOME			
WILLIAMS DE MELLO VICENTE FRANKIRA			
CÓDIGO DE REGISTRO			
OLINDA - PE			
CPF / CNIL		PLACA	
111 458 194-19		PCN9611	
PLACA ANT. UF		CLASS	
***** AB		9C50G2510B0041561	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTORISTA		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
YAMAHA / XTE 150 CROSSER ED		2014 - 2017	
CAP / POT / CL		CATEGORIA	
2P/149CL		PARTIC	
COR PRECOPINANTE		BRANCO	
COTA ÚNICA		VENÇ. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 CONTADO		1ª *****	
P		2ª *****	
V		3ª *****	
A			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
80.11		84.58	
DATA DE PAGAMENTO		05/02/19	
OBSERVAÇÕES			
AL FID - BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA			
OLINDA		DATA	
08/02/19			
ROBERTO CARLOS MORAIS JUNIOR			
Diretor Gerente de Registro			

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRÊTORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 MAR 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481437

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE
FERREIRA

Data do acidente: 09/03/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3 PDD.

Descrição do exame físico: VITIMA COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO 3 PDD (5 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAVE LOCAL, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FIO K, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO III DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2019

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 DO III PODODÁCTILO DIREITO, 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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481437 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA E OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481437 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DO COTO DO 3º PODODÁCTILO DIREITO
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Willams de Melo Vicente Ferreira
RG/CNH/CTPS: 8656762 CPF: 333.458.394-19
End: Rua 05, 52 - Lote 001 - Rio de Janeiro - Olinda/PE
NATUREZA: impedida
DATA DO SINISTRO: 09/03/2019

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA.
RG/CNH/CTPS: 8317129 SDS/PE CPF: 076.711.374-80
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE.

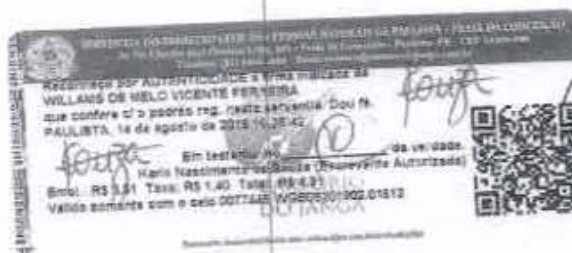
Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como

vítima: Willams de Melo Vicente Ferreira
CPF: 09/03/2019

Paulista, 14 de Agosto de 2019

Willams M.V. Ferreira

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE) 802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280303/19

Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

CPF: 111.458.194-19

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLAMS DE MELO
VICENTE FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA : 111.458.194-19

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: 15/08/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190481437
Nome do(a) Examinado(a): Willams de Melo Vicente Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cinco, 52
Rio Doce Olinda PE CEP: 53070-191
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8656772
Data local do acidente: [09/03/2019]
Data local do exame: [27/08/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DE 3 PDD.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO, FIO K, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO 3 PDD (5 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAVE LOCAL, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA E SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE 3 DEDO DO PÉ DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


Leonardo Neves
Médico
CRM/PE 17742





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481437

Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

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

Carta nº 14714206





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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481437

Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01647/01648 - carta_02 - INVALIDEZ

00030824



Carta nº 14728834





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

Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481437

Vítima: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **0000028966-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

1112458304-19 Williams de Melo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Estado:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 28966

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

Felo 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida ou lactante 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 rastros de seguro?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, 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 restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Rua da Aurora, Nº 175, 4º Andar, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 14 de Agosto 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0116000801**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2019** às **12:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **9/3/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BELO HORIZONTE, 01** - Bairro: **RIO DOCE** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CENTRO ESPIRITA CABOCLO PENA**
BRANCA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**

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

WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SILVANIA MARIA DE MELO** Pai: **NICODEMOS VICENTE FERREIRA** Data de Nascimento: **21/5/1994** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8656772/SDS/PE (RG), 11145819419 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE TELECOMUNICACOES** Telefones Celulares: **961297884**

Endereço Residencial: **RUA CINCO, 52 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO POSTO DE SAÚDE BEIRA MANGUE**

05.802.494/0001-41

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAR 2019

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

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

RECIFE-PE

Placa: **PDW9611 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE)**



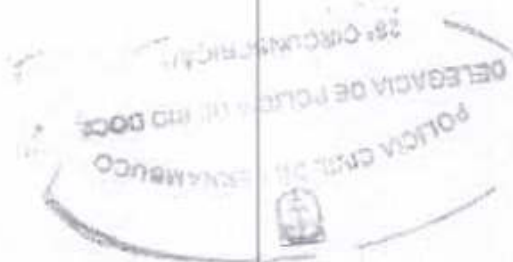
Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DESTE ACIDENTE QUANDO TRÂNSITAVA PELA BELO HORIZONTE NO SENTIDO JANGA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM CARRO, DESCONHECIDO DE COR PRATA, QUE LEVOU O ACIDENTADO ATE O HOSPITAL E FOI EMBORA,CAUSANDO A AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO NO 3º DODÁCTILO

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

Willams de Melo Vicente Ferreira
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA
(VITIMA)

Aldeamar Gomes da Silva
B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** Matrícula: **3809323**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/03/2020
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Estado:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 listados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 28966

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

Felo 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 LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida ou lactante 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 rastros de seguro?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, 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 restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória

36 - CPF legível de quem assina a rogatória

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória

38 - 1ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Rua da Aurora, Nº 175, A 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

SPS.001 V002/2019



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/03/2019 12:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 8815577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/6	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 (1)	Nº: 12509780	09/03/2019 às 13:18	

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA.
AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO
TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD.
RELATA ACIDENTE DE TRANSITO.
VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE CI ENDA COMO AMPUTAÇÃO
PARCIAL DE 3 PDD.

[1]

CD: RX + REAVALIAÇÃO

Queixa Principal

CID10

S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

[1]

CID10

S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/03/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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: 02/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000028966-1

Nr. da Autenticação 2AEC544548C1FC3B





WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA
R CINCO 52
1 ETAPA DE RIO DOCE
CASA - RIO DOCE
53070-191 OLINDA - PE

Postagem: 07/07/2019
Vencimento: 23/07/2019
Emissão: 07/07/2019
Fechamento próxima fatura: 07/08/2019

070719

Titular: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.7983

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

23/07/2019

A) pagamento total

666,41

B) pagamento mínimo

99,97

C) parcelas fixas

68,92
+23x 68,92

Veja outras opções na 2. folha

8) Pagamento mínimo otimizado por pagar quanto antes o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incidindo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 14.700,00
Limite utilizado no mês 666,41
Retirada de recursos Patrocinável 520,00

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
30/09	WORLD TENNIS	48,07
04/12	PAG*MatheusE	80,00
27/02	LISTO *LISTO	492,44
	SAO PAULO	
Lançamentos no cartão (final 4296)		620,51

WILLIAMS M V FERREIR (final 7983)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/06	PAYPAL *NETFLIX.COM	45,90
	SAO PAULO	
Lançamentos no cartão (final 7983)		45,90

Total dos lançamentos atuais 666,41

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento
Nome do Pagador/CPF/CNPJ
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ
Endereço da Remetente

34191.75330 72164.432048 00173.090002 4 000
001.33721644/0001191
WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA - 111.458.194-19
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador
Número 175/33721644-3
Valor do documento R\$ 666,41
Vencimento 23/07/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75330 72164.432048 00173.090002 4 000	
Local de Pagamento			Data de Vencimento	
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até a data do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.			23/07/2019	
Nome do Beneficiário CNPJ/CPF			Apresente / Código Beneficiário	
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69			2040/01730-9	
AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE				
Data do Documento	Número do Documento	Inscrição DOC	Anexo	Data do Processamento
23/07/2019	001.33721644/0001191	FT	N	07/07/2019
Valor do Documento	Valor	Quantidade	Valor	
R\$ 666,41				
Indicador de responsabilidade do beneficiário			Valor Pago	
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência o pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) pagar quanto a parte do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.			(I) Juros / Multa	
			(II) Valor Pago	
Nome do Pagador / CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP				
WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA - 111.458.194-19				
R CINCO 52 - 1 ETAPA DE RIO DOCE - CASA - RIO DOCE - 53070-191 OLINDA - PE				
Sócio Avalista:				

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15.10.2019

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE



2a Via de Futuro

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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: 0800-1599 / 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 Ouidória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 de 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Lucas Vinicius Maia Sepulveda

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.711.374 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Williams de Melo Vicente Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.458.194 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Williams de Melo Vicente Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.458.194 / 19 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. Fernando Vieira</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Alcantaria</u>	Cidade: <u>Olimpia</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 3011-3224</u>
E-mail: <u>MRASSESSORIA@ENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		

Local e Data: Olimpia, 14.08.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 100 7199
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RUA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLDR-001 V001/2017



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/03/2019 12:35

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 (1)	Nº: 12509780	09/03/2019	às 13:16
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE OLINDA COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD. CD: RX + REAVALIAÇÃO		
Queixa Principal			
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO [1]		
Alergias	Não [1]		
Medicação Em Uso	Não [1]		
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO [1]		
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/03/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/03/2019 12:35

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Ot. Nascimento: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/8	
Profissional(a): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 [1]	Nº: 12510124	09/03/2019	às 13:53

ANAMNESE

Queixa Principal	SOLICITO ABRIR CURATIVO PARA REAVALIAÇÃO.	[1]
Queixa Principal		
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PACIENTE RETORNA COM RX COM FRATURA DE F3 DE 3 POD EXPOSTA. AO EXAME: BEG. LOC. AAA. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 POD. ENTRADO EM CONTATO COM SOBREVIVENTE. CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + A ALGESIA + TETANOGAMA + JELCO.	[1]
---------------	--	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO	[1]
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/03/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/03/2019 12:35

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 6815577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 (1)	Nº: 12510374	09/03/2019 às 14:15	

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA.
AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO.
RELATA ACIDENTE DE TRANSITO.
VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE OLINDA COMO AMPUTAÇÃO
PARCIAL DE 3 PDD.
PACIENTE RETORNA COM RX COM FRATURA DE F3 DE 3 PDD
EXPOSTA.
AO EXAME: BEG, LOC, AAA.
FRATURA EXPOSTA DE 3 PDD.
ENTRADO EM CONTATO COM SOBREAVISO.

CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + ANALGESIA +
TETANOGRAMA + JELO.

[1]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/03/2019 12:36

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 5515577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO/ MEDICO/ CRM 24244 (1)	Nº: 12510378	09/03/2019	às 14:15
IDENTIFICAÇÃO			
Nº Atendimento	17591716		(1)
Nome	WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA		(1)
Data De Nascimento	21/05/1994		(1)
Data Da Internação	09/03/2019		(1)
HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA			
HDA	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE GLINDA COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD. PACIENTE RETORNA COM RX COM FRATURA DE F3 DE 3 PDD EXPOSTA. AO EXAME: SEG, LOC, AAA. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. ENTRADÔ EM CONTATO COM SOBREAVISO. CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + ANALGESIA + TETANOGAMA + JELCO.		(1)
SINAIS VITAIS			
FC	80 bpm		(1)
FR	16 mmpm		(1)
Sat O2	95 %		(1)
DIAGNÓSTICO			
CID Principal	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO		(1)
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		(1)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - CM 024H

19/03/2019 06:05

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	DI. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591283	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - PA	Leito: 600281/B	
Profissional(is): CAIO MARCOS CAPITULINO DE QUEIROZ MIRANDA CRM/24749 [1]	Nº: 12508521	09/03/2019	às 11:30
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM AMPUTACAO DE 3º PODODÁCTILO. PACIENTE ENCONTRA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, APENAS PREOCUPADO COM O ACIDENTE [1] EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT SIRA FAÇO CONTATO COM ORTOPEDISTA DO HESP, DR BRUNO, O QUAL ESTÁ AGUARDANDO O PACIENTE PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA CD: ANALGESIA CURATIVO COMPRESSIVO SOLICITO REMOÇÃO P/ HESP		
Queixa Principal			
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]		
CID10	S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]		
Alergias	Não [1]		
Medicação Em Uso	Não [1]		
Antecedentes Patológicos Familiar	Não [1]		
	99 [1]		
EXAME FÍSICO			
Aspecto Geral	PACIENTE COM AMPUTACAO DE 3º PODODÁCTILO [1] EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT SIRA		
Nível De Consciência	0 [1]		
Resposta Motora	6 [1]		
Resposta Verbal	6 [1]		
DIAGNÓSTICO			
CID10	S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]		
CID10	S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO-TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]		

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15/03/2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Rio Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

19/03/2019 08:04

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - CM 024H

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA
Convênio: HAPVIDA

DL Nasc.: 21/05/1994 Atendimento: 17591283 Pronto-socorro: 6615577
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - PA Leito: 600281/8

Profissional(is): CAJO MARGOS CAPITULINO DE QUEIROZ MIRANDA CRM 24749 [1] Nº: 12508182 09/03/2019 às 11:10

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE COM AMPUTACAO DE 3º PODODÁCTILO
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO E AFEBRIL AO TOQUE.
AR: MV+ EM AHT S/RA

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

S9 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE COM AMPUTACAO DE 3º PODODÁCTILO
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO E AFEBRIL AO TOQUE.
AR: MV+ EM AHT S/RA

[1]

Nível De Consciência

0

[1]

Resposta Motora

5

[1]

Resposta Verbal

5

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

CID10

S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

09/03/2019 18:1

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA DL Nasc.: 21/05/1994 Atendimento: 17592955 Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/1
Profissional(is): RAFAEL BURLAMAQUI ORTOPEDISTA Nº: 12513814 09/03/2019 às 18:11

RÉGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 3 P.D.O. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS	[1]
Cid10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTÉRIO	[1]

Dr. Rafael Burlamaqui
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PE 21344
TEOT. 15956



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/03/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA Dt. Nasc.: 21/05/1994 Atendimento: 17592985 Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/1
Profissional(is): RAPHAEL BURTAMAGALHAES MEDICO CRM 21344/1 Nº: 12613562 09/03/2019 às 19:07

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S925

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S925

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

09/03/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

19:07

[1]

Cirurgia

tratamento cirurgico de fratura luxação exposta de 3 pdd

[1]

Cirurgião

dr raphael burtamagal

[1]

Anestesiista

O CIRURGIÃO

[1]

Instrumentador

VIVIANE

[1]

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA, ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
3. REALIZADO LMC COM SF 0,9%
4. REALIZADO FIXAÇÃO COM FIO K 1,5 INTRAMEDULAR
5. REALIZADO SUTURA COM NYLON 3.0
6. CURATIVO

[1]

Dr. Raphael Burtamagalhaes
Cirurgião e Traumatologista
CRMPE 21344
TEOF - 16956

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/03/2019

Rua da Aurora, 141 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

10/03/2019 12:57

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17592985	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 111-P2/1	
Profissional(is): ARTHUR LAGE MEDICO CRM 20810	Nº: 12521260	10/03/2019	às 12:58

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DO PODOACTILO EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS BOA PERFUSÃO PERIFERICA RX: BOM ALINHAMENTO E REDUÇÃO CD: ALTA HOSPITALAR.
Cid10	S925 FRATURA DE OUTRO ANTEBRA [1]

Dr. Arthur Lage
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM-PE 20810 / SBOT 16133

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/03/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

10/03/2019 12:55

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

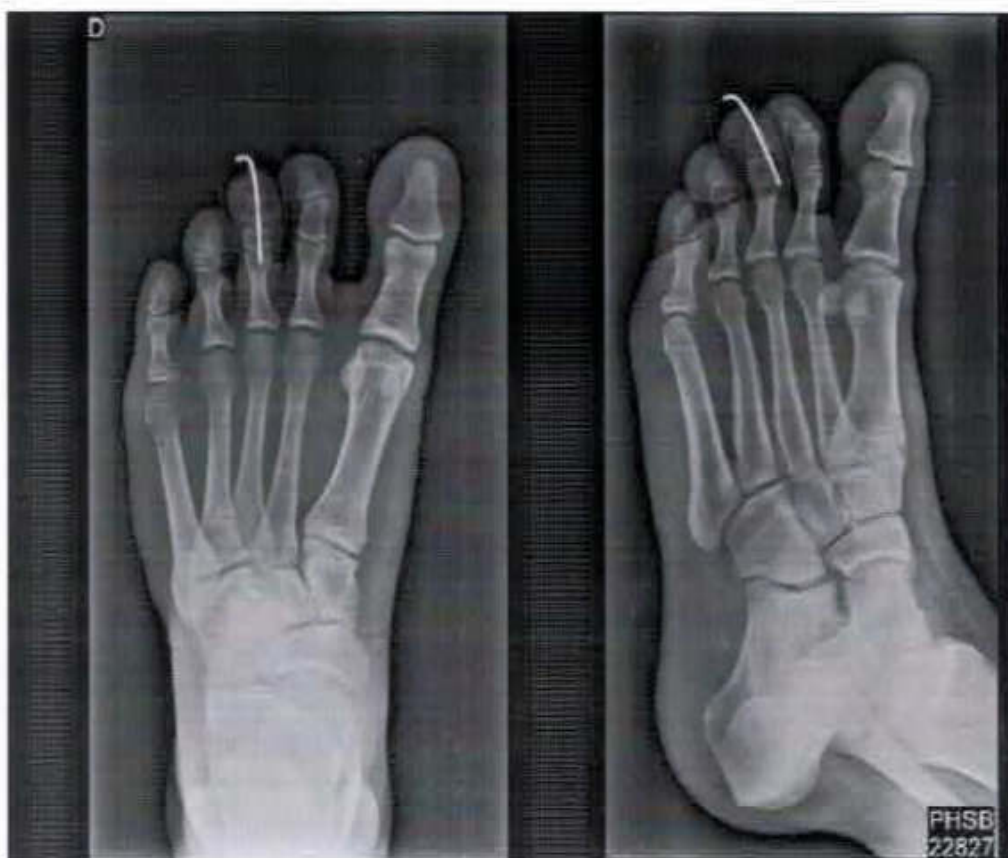
Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dr. Nasc.: 21/05/1994	Alandimento: 17592985	Prontuário: 8615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Letto: 111-P2/1	
Profissional(is): ARTHUR TORRES LAGE, MEDICO, CRM 20810 [1]	Nº: 12521269	10/03/2019	às 12:57
DIAGNÓSTICOS			
CID10	S925 FRATURA DE OUTRO ANTELO		[1]
Plano Terapêutico	MARCAR RETORNO COM 1 SEMANA PARA AMBULATÓRIO DO GRUPO DO PÉ		[1]

Dr. Arthur Lage
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM-PE 20810 / SBOT 16133

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

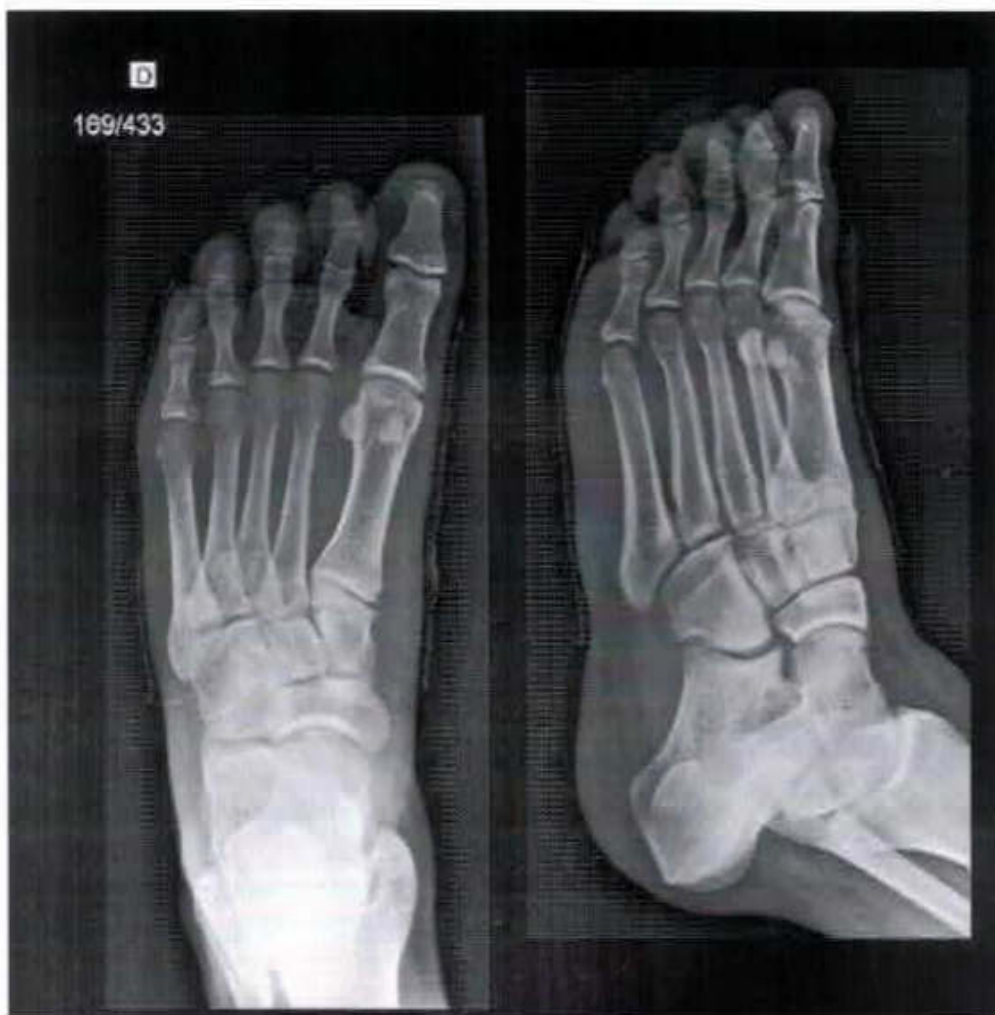
15 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 ABR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 54.060-010
RECIFE-PE

