

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**  
**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**

**WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**

**DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC. / P.**  
**8458772 RDD PE**

**CPF**  
**111.458.194-13**

**DATA NASCIMENTO**  
**01/05/1994**

**ENDEREÇO**  
**RIODEONOR VICENTE FERREIRA**  
**SILVANIA MARIA DE MELO**

**PROFISSÃO**  
**PROFESSOR**

**ESTADO**  
**PE**

**DATA EMISSÃO**  
**15/06/2018**

**VALIDADE**  
**11/06/2019**

**DESTINATÁRIO**

**WILLIAMS M. V. FERREIRA**

**LOCAL**  
**RECIFE, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**15/06/2018**

**PERNAMBUCO**

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

15 100 7000

Rua da Aurora, 100 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014488737540	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	110192094	*****	2019
NOME			
WILLIAMS DE MELO VICENTE FERNANDES			
CÔNDICA - PE			
CPF / CNIL		PLACA	
111 458 134 19		ECM9611	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		9C-00G2510RQ041561	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA / XTE150 CROSSER ED		2016	2017
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR. PREC. DOMINANTE	
2R/149CL	PARTEIC	BRANCA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 CONTINÚO		1	*****
PAGA IPVA		RATOSAMENTO COTAS	2
1		*****	3
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO		05/02/19	
OBSERVAÇÕES			
AL FID - BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA			
OLINDA		DATA	02/02/19
ROBERTO CARLOS NORME LIMA			
LÍMITE ORÇAMENTO ORÇAMENTO			

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 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 **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
**FERREIRA**

## 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 OSTEOSÍNTESE 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: 8656792 CPF: 133.458.394-39

End: Rua 05, 52 Fátima 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 específicos 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

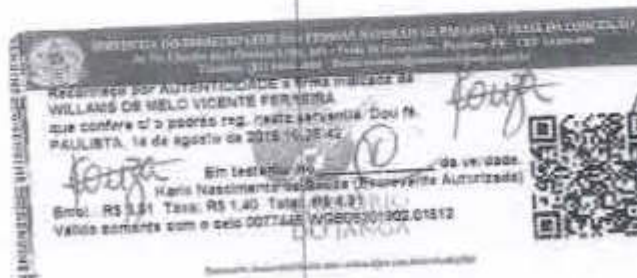
Willams M.V. Ferreira

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE) 802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/07/2019

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



# 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

**Titular do CPF:** WILLAMS DE MELO  
VICENTE FERREIRA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>3º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- 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 FARIAS NEVES  
Médico  
CRM/PE 17742

---

**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

---

**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

**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](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: ☐ 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: Williams de Melo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 015/2012

5 - Nome completo: Williams de Melo Vicente Ferreira 6 - Endereço: Rua 05 7 - Profissão: Autônomo 8 - Número: 52 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Estado: RJ 12 - Cidade: Búzios 13 - Tel (DDD): 14 - Tel (DDD): 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 17 - 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar 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: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 28966 (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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dispor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO 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 - Garante 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(s) vivo(s)? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da 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.

40 - Local e Data, Búzios 14 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE TELECOMUNICACOES** Telefones Celulares: **981297884**

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

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA** Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER ED** Objeto apreendido: **Não** Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Placa: **PDW9511 (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

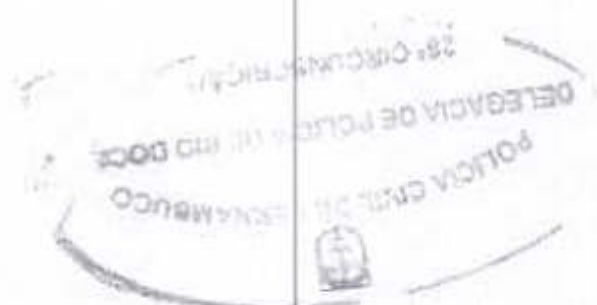
VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DESTE ACIDENTE QUANDO TRÂNSITAVA PELA BELO HORIZONTE NO SENTIDO JANGA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM CARRO, DESCONHECIDO DE COR PRATA, QUE LEVOU O ACIDENTADO ATE O HOSPITAL E FOI EMBORA, CAUSANDO A AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO NO 3º DODÁCTILO

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

W. V. Ferreira

**WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDEMAR GOMES DA SILVA** Matrícula: 3809323



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO-CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/10/2019  
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
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: Williams de Melo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 015/2012

5 - Nome completo: Williams de Melo Vicente Ferreira 6 - Endereço: Rua 05 7 - Profissão: Autônomo 8 - Número: 52 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Estado: RJ 12 - Cidade: Búzios 13 - Tel (DDD): 14 - Tel (DDD): 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 17 - 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar 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: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 28966 (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, sobito 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dispor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO 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 - Garante 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(s) viço(s)? ☐ 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, 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 restituição do valor recebido, além da 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.

40 - Local e Data, Búzios 14 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/03/2019 12:38

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	DT. Nasco.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 8615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300216/8	
Profissional(is): FRANCISCO CASRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 [1]	Nº: 12509780	09/03/2019	às 13:18

## ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOÓS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE ORTÓDIA COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD.  CD: RX + REAVALIAÇÃO	[1]
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  
 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

# 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





PC-00

**WILLAMS 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

070719

Fechamento próxima fatura: 07/08/2019

## Resumo da fatura em R\$

Total de fatura anterior	972,12
Pagamento efetuado em 24/06/2019	- 972,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	666,41
<b>Total desta fatura</b>	<b>666,41</b>

**Atenção:** em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **WILLAMS 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.ª folha

Se pagamento mínimo, optando 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, será considerado em atraso, iniciando 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 Patisaque	520,00

## Lançamentos: compras e saques

## WILLAMS M V FERREIRA (final 4296)

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

## WILLAMS M V FERREIRA (final 7983)

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

**Total dos lançamentos atuais** **666,41**

Outras...

☒ 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 do Beneficiário

34191.75330 72164.432048 00173.090002 4 000

00133721644/0001191

WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA - 111.458.194-19

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

AV BUI BARBOSA, 251, 1. A. GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome do Pagador

Valor do Documento

Vencimento

recibo do pagador

175/33721644-3

R\$ 666,41

23/07/2019

Autenticação Mecânica

<b>Banco Itaú S.A.</b>		<b>341-7</b>	<b>34191.75330 72164.432048 00173.090002 4 000</b>	
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 o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Evite em atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.			23/07/2019	
Número do Documento			Agência / Código Beneficiário	
00133721644/0001191			2040/01230-9	
Nome do Pagador (CPF/CNPJ)			Número do Documento	
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA - 111.458.194-19			175/33721644-3	
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)			Valor do Documento	
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69			R\$ 666,41	
Endereço do Beneficiário			Valor Pago	
AV BUI BARBOSA, 251, 1. A. GRAÇAS - RECIFE - PE				
Data do Documento	Número do Documento	Exigência DOC	Assinatura	Data do Processamento
23/07/2019	00133721644/0001191	FT	N	07/07/2019
Use de Banco	Cavens	Exigência	Quantidade	Valor
	175	RS		
Exceções de responsabilidade do beneficiário:				
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao 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				
WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA - 111.458.194-19				
R CINCO 52 - 1 ETAPA DE RIO DOCE - CASA - RIO DOCE - 53070-191 OLINDA - PE				
Secador Avulso:				

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15.07.2019

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005245-23



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria: 0800 282 5599  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

#### DADOS DO CLIENTE

MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO F.

CST: 1-800-393-254-53

ENERGICO DA UNIDADE CONSUMIDORA

JOSE FERNANDO VIEIRA 213

JARDIM ATLANTICO OLINDA  
E3146-300 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cefes.com.br](http://www.cefes.com.br)

**DATA DE VENCIMENTO**  
**22/05/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**397,86**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
15/05/2019  
DATA DA APRESENTAÇÃO  
15/05/2019  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
061956285

CONTA CONTRATO  
007027598778  
Nº DO CLIENTE  
2018268829  
Nº DA INSTALAÇÃO  
0032051135

### CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
**Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

3A30.985E.06D5.DD7E.9A84.4CED.9395.76AD

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	462,58	0,7841157	362,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,37
Contrib. Sum. Pública Municipal			17,48
Multa por atraso-NF 054490002 - 18/03/18			5,11
Juros por atraso-NF 054490002 - 18/03/18			2,43
Atualização IGPM-NF 004490003 - 18/03/18			3,04
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>397,94</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
368,89	28,50	91,47	268,30	1,15	4,24	368,36	8,27	19,64

Tarifas Aplicáveis		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo (mWh)	6.027,29623	MAR 18	4923
		ABR 18	462
		MAR 18	535
		FEV 18	471
		JAN 18	380
		DEZ 17	435
		NOV 17	422
		OUT 17	475
		SET 17	433
		AGO 17	473
		JUL 17	479
		JUN 17	546
		MAY 17	320
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	M3 %		
Derivação de Energia	115,29 31,56		
Demanda	15,96 3,99		
Distribuição (Cabo)	45,86 12,49		
Energias Intermit	19,67 5,85		
Tráfego	115,29 31,52		
Pontos de Carga	34,73 9,75		
TOTAL	365,88 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO VOUCHER	TPC DA FURCAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IP UAS	CONSTANTE	A.LETE	CONSUMO em
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000	PAT	15/04/2018	41.887,00	15/05/2018	43.343,00	30	1,4562	0,06	402,90

LISTA PRESENTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/06/2015

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APROVADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
mar/2016					
DIG-Idade horas sem Energia	0,00	6,00	2,00	6,00	
Faltas de tensão sem Energia	6,00	0,00	2,00	6,00	
DIG-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	6,00	0,00	0,00	
DIG-Duração de interrupção em 48 horas			Limite DGR: 0,00		
EQU-Valor do Consumo de Uta = R\$ 123,30					

**INFORMACÖES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! 7 dias de desconto e 5 rifas: governador Carlos de Lima Cavalcanti esse sábado / preço bom: rua Santana no 884 loja Jardim Atlântico. Lata completa em [www.cetec.com.br](http://www.cetec.com.br).  
 Na data de hoje e amanhã ao longo de 5 Aracaju. Mais informações em [www.ansel.gov.br](http://www.ansel.gov.br).

A partir de 2004, tarifa com reajuste médio de 8,00% para Baixa Tensão e 1,76% para Alta Tensão-REH 2.538/19.

é 3,76% para Alta Tensão-RNH 2.535/19.

O sistema é compensado quando há vitórias na continuidade individual de os três de nível de 10, 20 e 30 pontos. Assim, esse sistema tem muita "Pulsatilität" (Juras 1996:11) e análise monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVELS DE TUNELÃO

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

1998年12月1日

OF 902 49470001-41

CONTA CONTRATO  
007027528778

MES/ANO  
05/2019

TOTAL A PAGAR

397,86

VENCIMENTO  
CORRETOR  
22/05/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cartão será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



[Baidu.com](#)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 076.711.374 / 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 de 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>PE, Fernando Vilela</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Al. Atlântico</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 3011-3224</u>
E-mail: <u>MPASSESSORIA@ENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		

Local e Data: Olinda, 14.08.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

15/08/2019

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

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/03/2019 12:38

Paciente: WILLIAMS 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 13:18

## 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 OLINDA COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD. CD: RX +REAValiação	[1]
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	Dt. Naso.: 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: 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 SOBRECALÇA.  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 SOBREVIVISO.

[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

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/B	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO, MEDICO/CRM:24244 [1]		NP: 12510378	09/03/2019 às 14:15
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
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]
<b>HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA</b>			
HDA	<p>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: SEG, LOC, AAA. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 3 PDD. ENTRADO EM CONTATO COM SOBREAVISO.</p> <p>CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + ANALGESIA + TETANOGAMA + JELCO.</p>		[1]
<b>SINAIS VITAIS</b>			
FC	80 bpm		[1]
FR	16 mrpm		[1]
Sat O2	98 %		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID Principal	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO		[1]
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>			
Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.		[1]

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15.03.2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - CM 024H

19/03/2019 08:05

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasco.: 21/05/1994	Atendimento: 17591283	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - PA	Leito: 600281/8	
Profissional(is): CAIO MARCOS CAPITULINO DE QUEIROZ MIRANDA CRM/24749151		Nº: 12508521	09/03/2019 às 11:30
<b>ANAMNESE</b>			
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, ANICTERICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT S/RA		
	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 Psicológicos Familiar	Não [1]		
	99 [1]		
<b>EXAME FÍSICO</b>			
Aspecto Geral	PACIENTE COM AMPUTACAO DE 3º PODODÁCTILO [1]		
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTERICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT S/RA		
Nível De Consciência	0 [1]		
Resposta Motora	6 [1]		
Resposta Verbal	6 [1]		
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]		
CID10	S681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]		
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
<b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]		

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15 111 2119  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - CM 024H

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 21/05/1994

Atendimento: 17591283

Prontuário: 6615577

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - PA Leito: 600281/8

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

## ANAMNÊSE

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]

99

## 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

15/03/2019

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 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

09/03/2019 19:11

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA DL Nasc.: 21/05/1994 Atendimento: 17592965 Prontuário: 6615577  
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/1  
Profissional(is): RAFAEL BURLAMAQUI ORTOPEDISTA MEDICO CRM 21344/1 Nº: 12513814 09/03/2019 às 19:11

REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	PACIENTE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 3 PDS, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS [1]
Cid10	S925 FRATURA DE OUTRO ARTILHO [1]

Dr. Raphael Burlamaqui  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/PE 21344  
TEOT - 15056



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

09/03/2019 19:

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLAMS 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 BURTAMAGUI DE QUEIROZ MEDICO CRM 21344711 Nº: 12613582 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 burtamaqui	[1]
Anestesiata	O CIRURGIAO	[1]
Instrumentador	VIVIANE	[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, 30% ANESTESIA LOCAL 2. ASSEPSIA, ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS 3. REALIZADO LMC COM SF 0,8% 4. REALIZADO FIXAÇÃO COM FIO K 1,5 INTRAMEDULAR 5. REALIZADO SUTURA COM NYLON 3.0 6. CURATIVO	[1]

Dr. Raphael Burtamaqui  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 21344711  
TEOT - 16956

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

# 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 20810-1 Nº: 12521260 10/03/2019 às 12:56

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	<p>PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DO PODODACTILO EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS BOA PERFUSÃO PERIFERICA RX: BOM ALINHAMENTO E REDUÇÃO</p> <p>CD: ALTA HOSPITALAR.</p>
Cid10	<p>S925 FRATURA DE OUTRO ANTE-LETO</p>

Dr. Arthur Lage  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Pé e Tornozelo  
CRM-PE 20810-1 CBO 18123

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: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA Dr. Naso.: 21/05/1994 Atendimento: 17502985 Prontuário: 8615577  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/1

Profissional(is): ARTHUR TORRES LAGE MEDICO, CRM 20810 [1] Nº: 12521289 10/03/2019 às 12:57

### DIAGNÓSTICOS

CID10

S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

[1]

Plano Terapêutico

MARCAR RETORNO COM 1 SEMANA PARA AMBULATÓRIO DO GRUPO DO PÉ

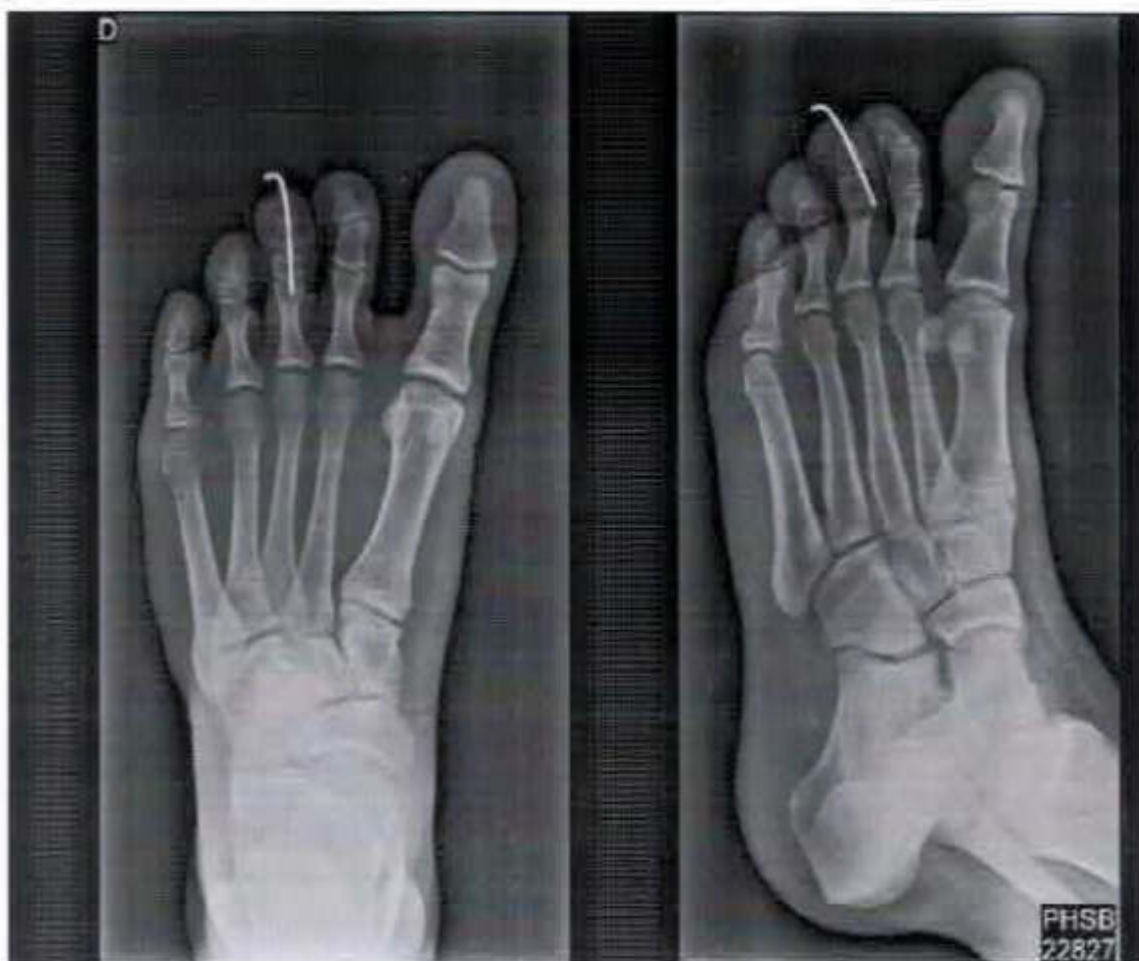
[1]

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 MAR 2019

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

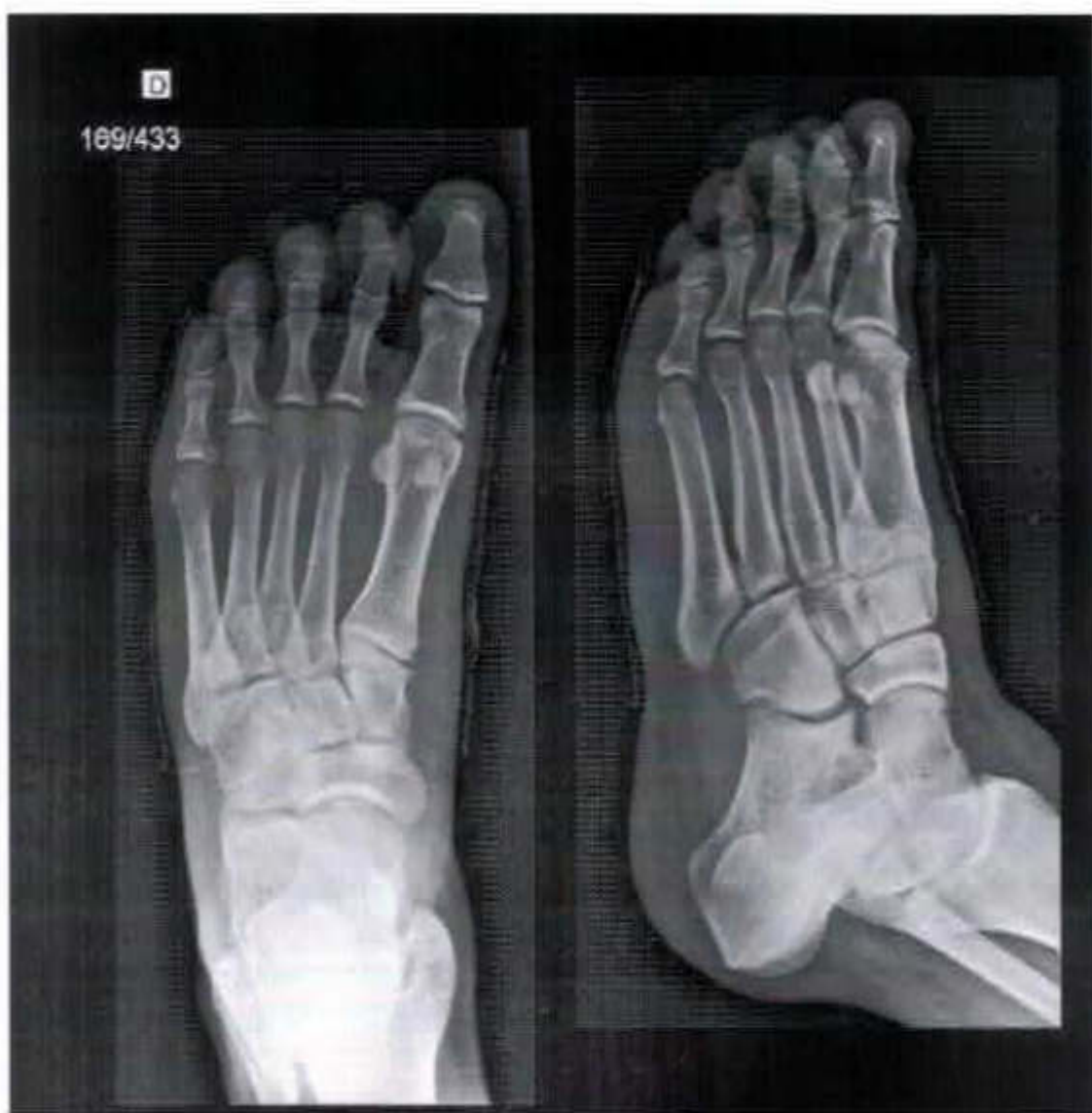


05.802.494/0001-41  
THAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 AÇO 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



D

189/433



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