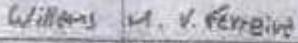


CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO  
O TRABALHO NACIONAL

1676672728

WILLIAN DE MELO VICENTE FERREIRA	
DOC. IDENTITÁRIO/ DATA EMISSÃO/ N°: 8458772 008 00	
CNPJ: 111.458.194-18 DATA NOMEAÇÃO: 31/05/1994	
NOME: WILLIAN DE MELO VICENTE FERREIRA NOME: ELIANA MARIA DE MELO	
TÍTULO: ESTUDANTE ESTADUAL ESTADUAL ESTADUAL	
DATA DE NASCIMENTO: 11/09/2013	
DATA DE EMISSÃO: 15/06/2013	
DATA DE EXPIRAÇÃO: 11/09/2013	
RESERVA:	
 Willian de Melo Vicente Ferreira 15/06/2013	
LICENCIADO RECIFE, PE 15/06/2013	
 Cláudia Souza Costa Oliveira Professor 15/06/2013	
PERNAMBUCO	

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15/06/2013  
 Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 NCFE/SC

VALIDADE TOSO  
01/09/2010-01/09/2011

1420938458

**LOCAR VINCULUS MAIA SEPULVEDA**

DOC. ESTATUTÁRIO EMISSOR UF: 0317129 SDE PE

CPF: 076.711.374-90 DATA NASCIMENTO: 25/07/1988

PAIS/FG:

ELIOUOL ANGEL  
SEPULVEDA, MORALES  
BANDIA MARIA  
MANGANEIRA MAIA

PROFISSÃO: ESTUDANTE CAT. PES: M

DATA EMISSÃO: 15/01/2011 EXPIRAÇÃO: 02/04/2012

ASSINATURA:

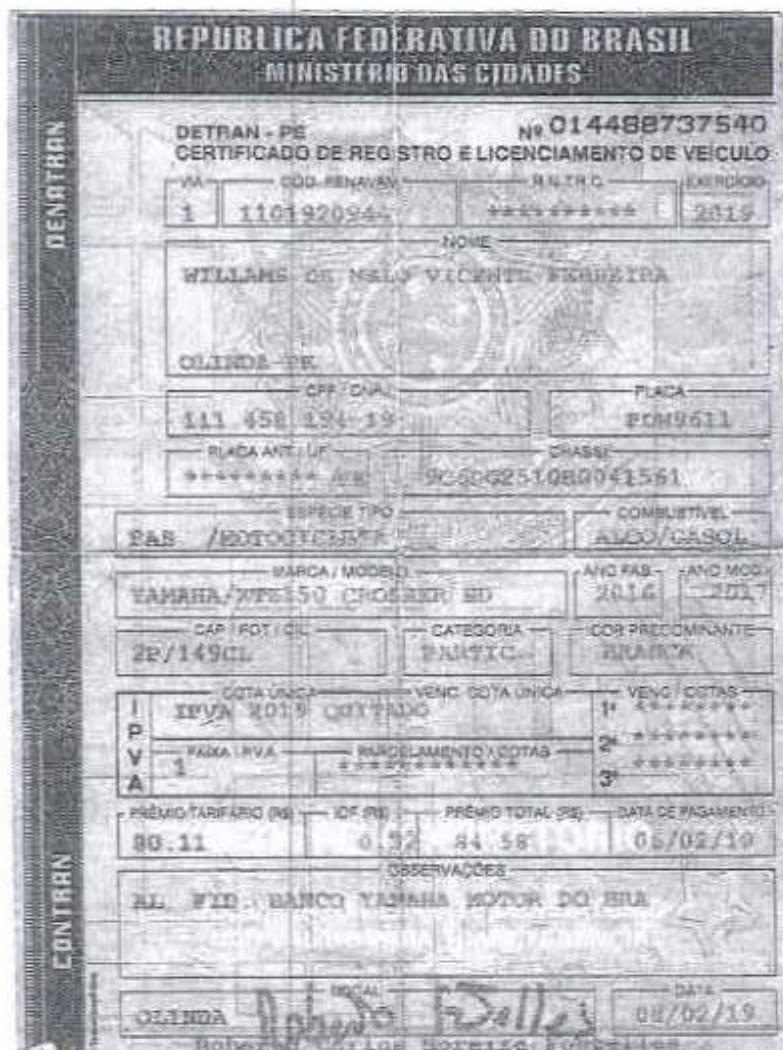
RECIBIDO PLASTIFICAR  
1420938458

ASSINATURA PESQUISA  
LOCAL: OLIMIA - PE DATA EMISSÃO: 15/01/2011

CEP: 56300-000  
Assinatura: *Elcio Angel Sepulveda*  
Assinatura: *Elcio Angel Sepulveda*  
Assinatura: *Elcio Angel Sepulveda*  
Assinatura: *Elcio Angel Sepulveda*

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 AGO 2010  
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 ABR 2010  
Rua da Aurora, nº 175, sl. 502 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REC/FF-SE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190481437      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAMS 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
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190481437      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAMS 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

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Willians de Melo Vicente Ferreira  
RG/CNH/CTPS: 8656772 CPF: 332468194-19

End: Rua 05, 58 e 60, Centro, Rio das Ostras - RJ

RE

NATUREZA: invalido

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: Willians de Melo Vicente Ferreira  
CPF: 09/03/2019

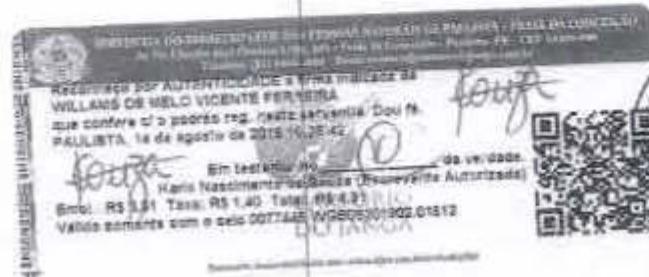
Paulista, 14 de Agosto de 2019

Willians M.V. Ferreira

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/07/2019



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280303/19

**Vítima:** WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

**CPF:** 111.458.194-19

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/03/2019

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

134.215.830-19, Williams de Oliveira Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 485/2012

5 - Nome completo: Williams de Oliveira Ferreira 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Número: 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Fone: 18 - CPF: 19 - Profissão do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

REUSCI INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.500,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicionar 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:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir 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 efetuação do crédito, quaisquer ônus 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, sob o prosseguimento de 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Autocriado  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não 34 - Vítima  Vivos  Falecidos 35 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 36 - Vítima  Vivos  Falecidos 37 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 38 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 39 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 40 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 41 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 42 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 43 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, indenização do Seguro DPVAT por morte aquelas beneficiárias 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 que recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

32 -  33 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

34 -  35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

36 -  37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: 05.802.494/0001-47  
CPF:   
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
Assinatura do testemunha  
39 - 2º | Nome:   
CPF:   
Rua da Aurora, 1115, 1º BLOCO  
Boa Vista - CEP: 50.000-010  
Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:  20/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 026<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - RIO DOCE - DP26<sup>a</sup>CIRC DIM/7<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0116000801

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** 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 EPIRITA CABOCLO PENA BRANCA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** Mês: **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: - **981297684**

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**

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

**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)**

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)**

15/03/2019

Rua da Aurora, 111 125, 51 90230-000

RECIFE-PE

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 ATÉ O HOSPITAL E FOI EMBORA, CAUSANDO A AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO NO 3PODODÁCTILO

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

WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA  
(VITIMA)

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



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/11/2010

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
REC.F.PE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

134.215.830-19, Williams de Oliveira Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 485/2012

5 - Nome completo: Williams de Oliveira Ferreira 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Número: 9 - Complemento: 10 - CEP: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Fone: 18 - CPF: 19 - Profissão do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

REUSCI INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.500,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se exigir)

(Inserir o dígito se exigir)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se exigir)

(Inserir o dígito se exigir)

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 efetuação 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, sob o prosseguimento de 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Autocriado  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não 34 - Vítima  Vivos  Falecidos 35 - Vítima deixou  Vivos  Falecidos 36 - Vítima deixou  Vivos  Falecidos 37 - Vítima deixou  Vivos  Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, indenização do Seguro DPVAT por morte aquelas beneficiárias 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 que recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

38 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

39 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data: 30 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

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: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300215/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 [1]		Nº: 12809780	09/03/2019 às 13:18

### ANAMNESE

Quesxa Principal	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMATICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE CINTO COMO AMPUTAÇÃO PARCIAL DE 3 PDD.	[1]
Quexxa Principal	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO	[1]
CID10	Não	[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 ANS 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: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

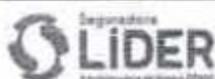
CONTA: 000000028966-1

---

Nr. da Autenticação 2AEC544548C1FC3B







## 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | 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=29836>

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 RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Lucas Vinícius Moraes 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 N° 111.458.194 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da vítima Williams de Melo Vicente Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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>Av. Fernando Vieira</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>	
Bairro:	<u>Fl. Atlântico</u>	Cidade:	<u>Alinópolis</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:	<u>MRASSSESSORIA@PENDENCIAS.QUITOCORE.com</u>				CEP:	<u>59140 - 300</u>
					Tel. (DDD):	<u>(81) 3011-3224</u>

Local e Data: Alinópolis, 14.08.2017

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
QUITÓ CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 100 779  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
B03 Vila - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/03/2019 12:38

Paciente: WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17591716	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300215/8	
Profissional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 [1]		Nº: 12509780	09/03/2019 13:18

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO HOJE APOS TRAUMA. AO EXAME: DOR E EDEMA EM MEMBRO ACOMETIDO, AMPUTAÇÃO TRAUMATICA PARCIAL DE 3 PDD. RELATA ACIDENTE DE TRANSITO. VEM ENCAMINHADO DE UNIDADE DE OI INDIA 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		

05.802.494/0001-43  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SJ. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/03/2019 12:35

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimenro: 175917716	Prontuário: 6815577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leite: 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 SÓBRACAVINHA. 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  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 100 700  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Belo Horizonte - CEP: 50.060-010  
RECET. DE

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

29/03/2019 12:35

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA Convênio: HAPVIDA	Dt. Nasc.: 21/05/1994 Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Atendimento: 17591716 Leito: 300216/8	Prontuário: 6615577
Professional(is): FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO CRM 24244 (1)	H*: 12610374 09/03/2019 às 14:15		
<b>ANAMNESE</b> 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 + TETANOGAMA + JELCO.			

05.802.494/0001-41  
 TRACAO 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

20/03/2019 12:36

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	Lote: 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]
Name	WILLAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	[1]
Data De Nascimento	21/05/1994	[1]
Data De 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 TRAUMATICA 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: BEG, LOC, AAA. AMPUTAÇÃO TRAUMATICA PARCIAL DE 3 PDD. ENTRADÔ EM CONTATO COM BOBREAVISO. CD: SOLICITO PROCEDIMENTO + ATB + ANALGESIA + TETÂNOGAMA + JELCO.	[1]
-----	--	-----

## SINAIS VITais

FC	80 bpm	[1]
FR	16 mppm	[1]
Sat O2	98 %	[1]

## DIAGNÓSTICO

CID Principal	S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO	[1]
---------------	-------------------------------	-----

## PLANEJAMENTO TERAPEUTICO

Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM.	[1]
----------------------------	----------------------	-----

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15/03/2019  
Rua da Aurora, 1175, 51.902 B.C.  
Bom 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 Convênio: HAPVIDA	DL Nasc.: 21/05/1994 Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO - PA	Atendimento: 17591283 Leito: 600281/6	Prontuário: 6615577
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]
	EGS, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTERICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT S/IR
	FAÇO CONTATO COM ORTOPEDISTA DO HESP, DR BRUNO, O QUAL ESTÁ AGUARDANDO O PACIENTE PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA
	CD: ANALGESA CURATIVO COMPRESSIVO SOLICITO REMOÇÃO P/ HESP
Queixa Principal	
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]
CID10	5681 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]
	EGS, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTERICO E AFEBRIL AO TOQUE. AR: MV+ EM AHT S/IR
Nível De Consciência	0 [1]
Resposta Motoria	6 [1]
Resposta Verbal	5 [1]

**DIAGNÓSTICO**

CID10	5681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]
CID10	5681 AMPUTACAO TRAUMATICA DE UM OUTRO DEDO APENAS (COMPLETA) (PARCIAL) [1]

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**PLANEJAMENTO-TERAPÉUTICO**

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação [1]
--------------------------------	---------------------------------------

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 170 710  
Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

19/03/2019 08:04

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - CM 024H

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA  
Convênio: HAPVIDA

Profissional(a): CAIO MARGOS CAPITULINO DE QUEIROZ MIRANDA CRM 24749/11

Dt. Nas.: 21/05/1994 Atendimento: 17591283

Prontuário: 5615577

Posto: POSTO EMERGÊNCIA ADULTO - PA Letto: 600281/8

Nº: 12508182 09/03/2019 às 11:10

## ANAMNÉSE

Queixa Principal

PACIENTE COM AMPUTAÇÃO DE 3º PODODÁCTILO

[1]

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTERICO E AFEBRIL AO TOQUE.  
AR: MV+ EM AHT S/RA

Queixa Principal

89 <CID10 NÃO  
AGRUPADOS>

[1]

Diagnóstico Inicial

S681 AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS  
(COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

CID10

Não

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

99

[1]

## EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

PACIENTE COM AMPUTAÇÃO 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

8

[1]

Resposta Verbal

8

[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10

S681 AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS  
(COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

CID10

S681 AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM OUTRO DEDO APENAS  
(COMPLETA) (PARCIAL)

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicção E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 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 SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

09/03/2019 19:11

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA DL Nasc.: 21/05/1894 Atendimento: 17592966 Prontuário: 6815577  
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HE Leito: 300541/1  
Profissional(a): RAPHAEL BURLAMAQUI DE OLIVEIRA MÉDICO CRM: 21244 TEC: 15056 N°: 12513814 09/03/2019 Às 19:11

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	PACIENTE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSAS DE 3 PDD, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERFERÊNCIAS [1]
Cid10	B925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO [1]

Dr. Raphael Burlamaqui  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/PE 21244  
TEC: 15056



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C  
Botafogo - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de

09/03/2019 19:

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17592985	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Lote: 300541/1	
Profissional(is): RAPHAEL BURAMAQUI DE QUEIROZ MEDICO CRM/21344711	Nº: 12613562	09/03/2019	às 19:07

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	8925	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	8925	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	09/03/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	19:07	[1]
Cirurgia	tratamento cirúrgico de fratura luxação exposta de 3 pdd	[1]
Cirurgião	dr raphael buramaqui	[1]
Anestesista	O CIRURGIAO	[1]
Instrumentador	VIVIANE	[1]
Descrição Cirúrgica	<p>1. PACIENTE EM DECUSITO DORSAL, SO/3 ANESTESIA LOCAL</p> <p>2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIAS</p> <p>3. REALIZADO LMC COM SF 0,9%</p> <p>4. REALIZADO FIXAÇÃO COM FIO K 1,5 INTRAMEDULAR</p> <p>5. REALIZADO SUTURA COM NYLON 3.0</p> <p>6. CURATIVO</p>	[1]

1. ANESTESIA E FARMACOLOGIA  
2. CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
CRMPE 21344711  
TEOT - 16950

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/03/2019

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

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

10/03/2019 12:57

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA	Dt. Nasc.: 21/05/1994	Atendimento: 17592995	Prontuário: 6615577
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 111-P2/1	

Profissional(is): ARTHUR TORRES LAGE MEDICO ORTOPEDICO CRM-PE 20610 / GBOT 16130 N°: 12521260 10/03/2019 às 12:58

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

Dr. Arthur Lage  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Pé e Tornozelo  
CRM-PE 20610 / GBOT 16130

05.802-494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15/03/2019  
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 B-LC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

10/03/2019 12:56

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: WILLIAMS DE MELO VICENTE FERREIRA Dr. Nasc.: 21/05/1994 Atendimento: 17592985 Prontuário: 8615577  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/1

Profissional(is): ARTHUR TORRES LAGE MEDICO CRM 20610 [1]

Nº: 12521269 10/03/2019 às 12:57

DIAGNÓSTICOS

CID10

S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

[1]

Plano Terapêutico

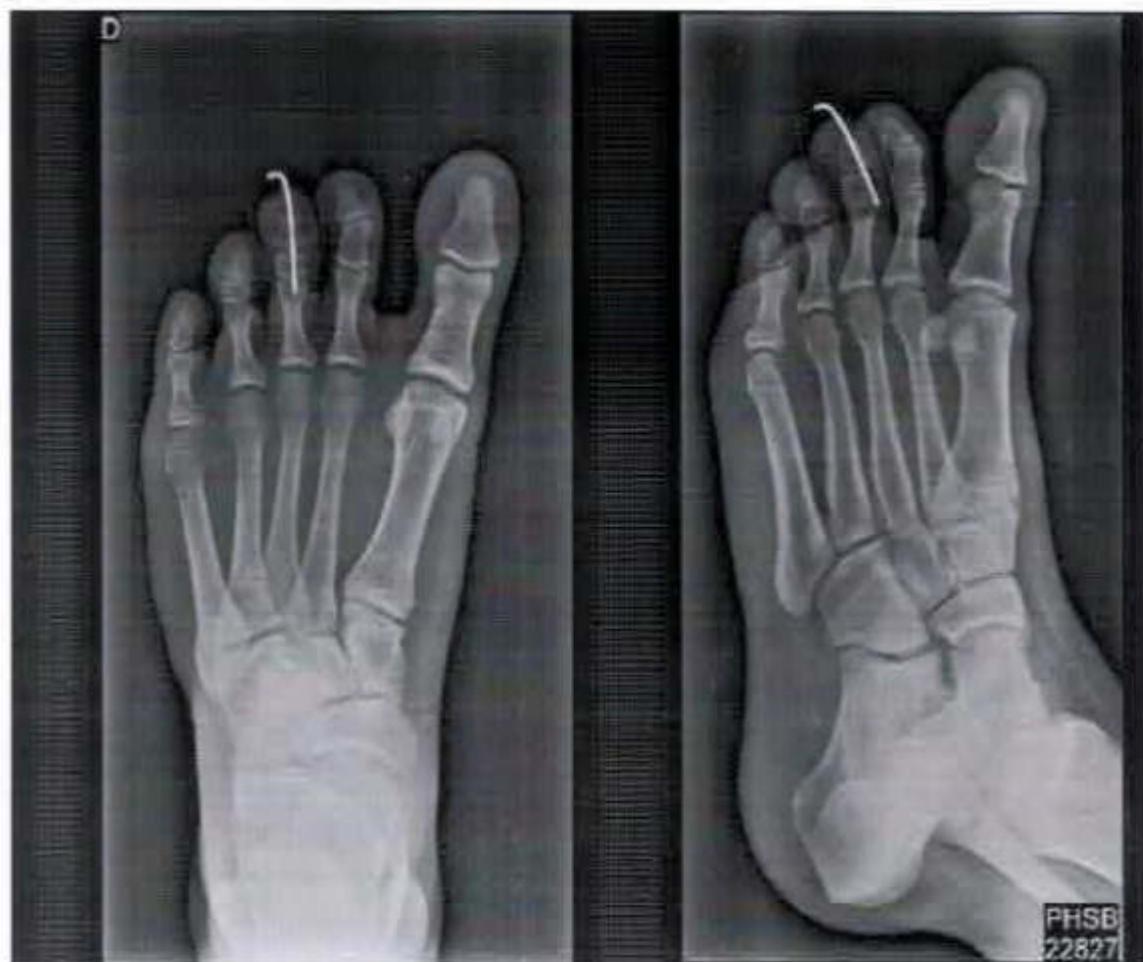
MARCAR RETORNO COM 1 SEMANA PARA AMBULATÓRIO DO  
GRUPO DO PÉ

[1]

Dr. Arthur Lage  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgião de Pé e Tornozelo  
CRM-PE 20610 / SBOT 16153

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.560-010  
RECIFE-PE



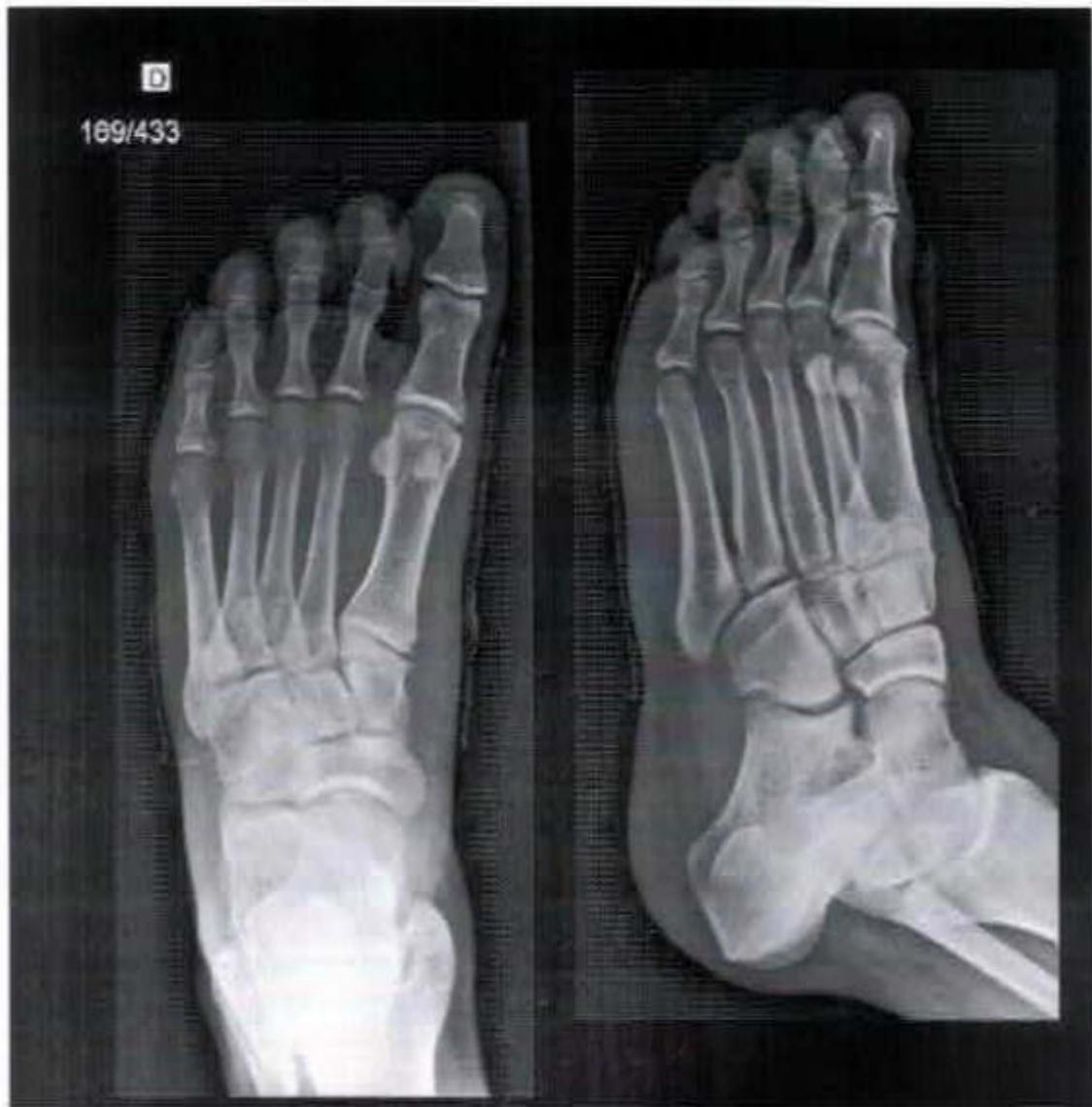
05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

D

169/433



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 2019

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