



Número: **0851415-74.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS (AUTOR) | ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 53315558 | 17/01/2022 15:40 | 2851266_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210063177

Vítima: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: **DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000078498426-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00757/00758 - carta_15R - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000078498426-1

Nr. da Autenticação 3E7E439A100D0F33



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210063177 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS **Data do acidente:** 20/09/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. P3,

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 708.756.524.92 4 - Nome completo da vítima: Dayvson Wilian de Brito Vasconcelos

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

5 - Nome completo: Dayvson Wilian de Brito Vasconcelos 6 - CPF: 708.756.524.92
7 - Profissão: Barbeiro 8 - Endereço: R. Naveiro Firmino de Souza 9 - Número: 86 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Anatolia 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052130
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83.999.21.9283

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: nu bank
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Sou de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 22/02/2021
Dayvson Wilian de Brito Vasconcelos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura da Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral de Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado de
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02882.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02882.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:49 horas do dia 17 de fevereiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Dayvson Willian de Brito Vasconcelos**, CPF nº 708.756.524-92, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Edvania de Brito Vasconcelos e Wellington Vasconcelos Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 12/08/1999 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Joao Pessoa, tendo como ponto de referência Casa.

Dados do(s) Fatos:


Local: Avenida Diogenes Chianca, Xx, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/09/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/09/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OFX-0105, CHASSI 9C2KC1650CR545051, REGISTRADA EM NOME DE CICERO JOSE C. COSTA JUNIOR, NA AVENIDA DIOGENES CHIANCA, AGUA FRIA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATE O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDARIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATORIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de fevereiro de 2021.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


DAYVSON WILLIAN DE BRITO VASCONCELOS
Noticiante

Procedimento Policial: 02882.01.2021.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
708.756.524.92 708.756.524.92 Dayvson Wilian de Brito Vasconcelos

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

5 - Nome completo: Dayvson Wilian de Brito Vasconcelos 6 - CPF: 708.756.524.92
7 - Profissão: Barberino 8 - Endereço: R. Naveixo Fimado de Souza 9 - Número: 86 10 - Complemento:
11 - Bairro: Anatólia 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052-130
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83.999.21.9283

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: nubank
AGÊNCIA: 000 1 CONTA: 78498426 1

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Espaço para rubrica do declarante
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 22/02/2021.
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura da Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



WELINGTON VASCONCELOS COSTA
 RUA FRANCISCO TIMOTEO DE SOUZA 86/BLA A-407 JOIQUIM
 JOAO PESSOA/PB CEP 53052138 (AG 5)



CPF/INSCRIÇÃO 023-441.004-08

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO 7 Subgrupo B1
 Classe RES.ME. (1) Subclasse RESIDENCIAL
 Ligarão MONOFÁSICO
 Potência 1-5-10-4200 Nº Medida 0000009-463



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1977312-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00019773126



VALOR DA FATURA
R\$ 336,98



VENCIMENTO
10/09/2020



REFERÊNCIA
Set / 2020



CONSUMO **9,63 kWh**
 289kWh MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

| CC | Descrição | Quant | Tabela/ Tributos | DESCRITIVO | | | | | | |
|------|--------------------------------|-------|---------------------|------------------------------|------------------|------------|----------------------|--------------|-----------|--------------|
| | | | | Valor Base Calc. Total (R\$) | Aliq. ICMS (R\$) | ICMS (R\$) | Base Calc. PIS (R\$) | Cofins (R\$) | PIS (R\$) | Cofins (R\$) |
| 0801 | Consumo em kWh | 289 | 0,963 | 274,02 | 274,02 | 27 | 63,18 | 274,02 | 2,18 | 10,06 |
| 0807 | LANÇAMENTO DE SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0807 | CONTRIB. SERV. LUM. P/BELTA | | | 10,53 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0802 | CUSTO DE REGULAÇÃO FORMALIZADO | | | 8,05 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | TRFUS DE MANTENÇÃO | | | 3,56 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0806 | MULTA 2020 | | | 4,21 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0806 | PARCELAMENTO DE DÉBITO 016 | | | 69,67 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0802 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 020 | | | 6,32 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC Código de C.T. Situação do Débito TOTAL 336,98 274,02 63,18 274,02 2,18 10,06
 Tabela s/ Tributos 0,968730

RESERVADO AO FISCO Te8c 9cc2 7cd7 6313 6789 34da 7726 5f3e





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **DAYVSON WYLLYAN DE BRITO VASCONCELOS** ENFERMARIA/LEITO: **07/126**
 IDADE: **22** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
 DATA DE ADMISSÃO: **20/09/2020** DATA DE ALTA: **23/10/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **33 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA** CID: **S82**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO** COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO**

RESUMO CLÍNICO: **PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBE ALTA, ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE CUIDADOS A SEREM TOMADOS, NECESITA MÉDICA E RETORNO AMBULATORIAL.**

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...**

REPOUSO: **Relativo em casa por: 15 DIAS**
Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: **Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.**

Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico**

RETORNO: **Ao posto de saúde em 23 DIAS.**
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.

Médico:
DR. ROBERTO SANTOS

23/10/2020
Data

Declaro e Asser
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 20372
Assinatura do Médico

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para **DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,**
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 343633 - Atd: Nao Regula
Data: 20/09/2020
Hora: 18:36:12
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAYVSON WILLYAN DE BRITO VASCONCELOS
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991256207
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 12/08/1998 Id: 22 ano(s)
End.: RUA FRANCISCO TIMOTEO DE SOUZA, 86==PROF. BARBEIRO===PAC. SEM DOCUMENTO
Bairro: ANATOLIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: EDVANIA DE BRITO VASCONCELOS Pai: WELINTON VASCOCELOS COSTA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: CABELEIREIRO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: O PAI
T-1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Precedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.09.001910

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
Observacao
VEIO COM SAMU

Caso Principal
 CONSULTA CARRO MOTO

Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

*paciente vitima de acidente motorizado
com uso de cinto de segurança e uso de TCE,
trauma abdominal em tórax.
Presença de ferimentos e de lesões
na região abdominal.*

Diagnostico

Conduta *Realizar avaliação
Realizar sintom
curativa de ferim
Presença de lesões
na região*

*SAT 5000 us,
IM, 20
Diagnóstico são*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Nome: <i>Raysson W. Gato Vitorino</i> | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: |
| Data: <i>8/10/20</i> | Cirurgião: <i>Dr. Roberto Gato</i> | EMP: | LR: |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | 1º Assistente: <i>Rodrigues</i> | Instrumentador: |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: <i>P</i> | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>Px EPO de ossos da perna</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>Dressin</i> | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | CÓDIGO |
| <i>Lanzera + Desbridamento</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | Descriva: | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

lit em OPA sobre Seda
Assessia e Antissepsia.

Incisão:

Apromção de Campos

Achados:

Conduta:

Realizado limpeza e Desbr.
tamante de ferimento e
Realizada de pontos

Fechamento:

Curaletiva

OBS:

Curaletiva de pele

Data:

8/1/20

Dr. Valdeban Carvalho Jr

CRM-PE 19908

Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Nome: <i>Dayverson W. de S. Valsar</i> | | Registro: | |
| Idade: <i>22a</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>M</i> | Clinica: <i>Ortopedia</i> |
| Data: <i>22/10/20</i> | | Cirurgião: <i>R. Roberto Lento</i> | LR: |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | 1º Assistente: <i>A. Valsar</i> |
| Anestesiista: <i>D. Franco</i> | Tipo Anestesia: <i>Rel.</i> | | Instrumentador: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | Horário: I: T: |
| <i>Fratura cominuta</i> | | | CID |
| <i>no osso da perna E</i> | | | |
| <i>com fratura externa</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | CID |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | CÓDIGO |
| <i>Retirada de fratura</i> | | | |
| <i>externa e redução</i> | | | |
| <i>com fixação com</i> | | | |
| <i>placa e parafusos</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 () Sim | Descreva: |
| | | 2 () Não | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 () Sim | |
| | | 2 () Não | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prone e cabeça fixa
p/ corpo quadrado.

Incisão:

Retirada de fixação externa,
prone e cabeça fixa
de acordo com o tipo de
fratura e com placa e parafusos

Achados:

Prone da tíbia fechada
de acordo com o tipo de fratura
usando placa e parafusos
de 14 mm - fixada com

Conduta:

7 parafusos - fixada em
"prone"
depois da limpeza
do osso
e fechamento
dele com a D.O.
S.T.

Fechamento:

OBS:

Data: 22/10/2020

Dr. Roberto A. Santos
Traumatologia
R. 1590
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| Nome: <i>Daryson William V.</i> | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: <i>M</i> | Cor: | Clínica: |
| Data: <i>24/9/10</i> | Cirurgião: <i>Dr. Pedro Thiago</i> | EMP: | LR: |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | 1º Assistente: | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | Instrumentador: | |
| Horário: I: | | | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>De exposto os ossos do joelho</i> | | | <i>582</i> |
| <i>Amp. parcial 3º PDE</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>O ceto</i> | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | CÓDIGO |
| <i>fixador externo</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 () Sim | Descreva: |
| | | 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 () Sim | Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: |
| | | 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | |
| 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDU sob anestesia

Incisão:

- Abreitada ferida traumática

Achados:

Conduta:

- fraturas externas

- Regularização coto de amput 3º POS

Fechamento:

Suturo nylon 3-0

OBS:

Data:

09/1/2022

Dr. Paulo Thiago
RFO: 11028
CRM PB: 9302

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Danielle Willyers Data da Admissão: 2019 25
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11 / 11 / 11
 QPD: _____
 HDA: _____

a Pa exposta em os e/a novo e
hip. rouid 3-500
ex: neuromuscular normal

Medicações em uso: Dr. Pedro
TEC. 1
CRM 10000

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectorção Hemoptise
 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____
ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume
AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____
SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos
SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Diogenes William de Brito Mascarenhas

ASSINATURA DO DETITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.261.367

DATA DE
EXPEDIÇÃO 27/08/2014

NOME
DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

FILIAÇÃO
WELLINGTON VASCONCELOS COSTA
EDVÂNIA DE BRITO VASCONCELOS

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO
12/08/1999

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. N°77951 - LIV.A/69 - FLS.269V - CARTORIO 2° CAMPINA
GRANDE PB

CPF
708.756.524-92
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055258/21

Vítima: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCEL

CPF: 708.756.524-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS : 708.756.524-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/02/2021
Nome: DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS
CPF: 708.756.524-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

DAYVSON WILIAN DE BRITO VASCONCELOS

MARCELA DO CARMO DE LIMA

