
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



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. Francisco Fimato de Souza 9 - Número: 86 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Anatolia 12 - Cidade: Jacó Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052-130
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83-9992-9283

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) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: nuobank

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 000 1

CONTA: 78498426 1

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 (vir nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pai(s) 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 259 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: Jacó Pessoa, 22/02/2021

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Wilian 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 OBRIGATÓRIA, 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(n) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo 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 WILIAN DE BRITO VASCONCELOS
Noticiante

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. Francisco Fimato de Souza 9 - Número: 86 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Anatolia 12 - Cidade: Jacó Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052-130
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83-9992-9283

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) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: nuobank

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 000 1

CONTA: 78498426 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - 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 (vir nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pai/s pais 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 259 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: Jacó Pessoa, 22/02/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

WELINGTON VASCONCELOS COSTA
 RUA FRANCISCO TIMOTEO DE SOUZA 86/BLA Nº 467 JOIQUÍU
 JOAO PESSOA/PB CEP 59052138 (AG 5)



CPF/CNPJ/ERATA 023441004 08

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo E1
 Classe RES MEX III - Subclasse RESIDENCIAL
 Linha de MONOFÁSICO
 Ritmo: 1-5-10-4200 Nº Medidor 00000099463



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

289kWh

9,63 kWh
 MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC1	Descrição	Quant	Tabela/ Tributos	DESCRITIVO							
				Valor Base Calc. Total (R\$)	Aliq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Outros (R\$)			
0801	Consumo em kWh	289	0,00000	7402	234,02	2	63,18	2402	2,18	10,06	
	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS										
0807	CONTROLE SERVIÇOS EM BILHA										
0803	CUSTO DE RELEV. ANORMALIZADO			10,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JRUS DE MORALIZAC			9,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTASZC			2,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO DE			4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0802	ATUALIZAC. ALÍMONE TÁRIFAZC			6,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
	CC1 Código de Contabilização de Ret			TOTAL	336,98	234,02		63,18	2402	2,18	10,06
	Tarifa s/ Tributos				0,548730						

RESERVADO AO FISCO

7e8c 9cc2 7cd7 6313 6789.34da 7728 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**

TERAPÉUTICA 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 MEDICAÇÃO 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: **33 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
 Decarte Nasser
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 20477
 Assinatura do Médico

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para **DM, 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
58055-384 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:

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

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

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: CABELEIREIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O PAI

T-1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

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:

PC: 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

Causa Principal
COLISAO CARRO MOTO

HISTORIA - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

paciente vítima de acidente por queda de altura com uso de capacete, fratura de tórax, fratura de braço e perna esquerda, fratura de tórax com uso de aparelho, fratura de tórax, fratura de braço e perna esquerda.

Diagnóstico *fratura*

Conduta

*solução realizada
análise ortopedica*

Tratamento

SAT 5000 us,

IM, 20

Diferença são

Horario da medicacao

*Realiza sinte
cureta de fratura*

antes de sono

HLA - cirurgia



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rayson W. Dabo Vitoral</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data: <i>8/10/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Dabo</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>Fx Esp de Ovario</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>D mesio</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Lanzeros + Desludamento</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
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			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Stt em OPA sobre Seda
apressa e despressas

Incisão:

Apresentação de campos

Achados:

Conduta:

Realizado limpeza e Desbride-
amento de ferimento e
Reparação de Fendas

Fechamento:

Curativo

OBS:

Compressão de pele

Data:

8/10/20

Dr. Valdeban Carvalho Jr

CRM-PE 19908

Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Dayverson W. de S. Vaz</i>		Registro: <i>123456</i>	
Idade: <i>22a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>Unidade</i>
Data: <i>22/10/20</i>	Cirurgião: <i>A. R. Santos</i>	1º Assistente: <i>D. V. Santos</i>	LR: <i></i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>	Horário: I: <i></i> T: <i></i>
Anestesista: <i>D. A. Franco</i>	Tipo Anestesia: <i>Rel.</i>		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura cominuta</i>			
<i>na zona de punho e</i>			
<i>com fratura externa</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Redução de fratura</i>			
<i>externa e redução</i>			
<i>com fixação com</i>			
<i>placa e parafusos</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
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			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prepúria e antitrusão
do corpo do fêmur.

Incisão:

Retraída do fêmur proximal,
prepúria e antitrusão
do corpo do fêmur.

Achados:

Fratura da tíbia com
desvio de 14 graus. Fixação com
7 petis parafusos. Fixação em
"pronta".

Conduta:

Prepúria e antitrusão
do corpo do fêmur.
Retraída do fêmur proximal,
prepúria e antitrusão
do corpo do fêmur.

Fechamento:

OBS:

Data: 22/10/2020

Dr. Roberto A. Santos
Traumatologia
R. nº 1390
MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Daeyson William V.</i>		Registro:	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:
Data: <i>24/9/40</i>	Cirurgião: <i>Dr. Pedro Thiago</i>	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		Horário: I:	T:
<i>De exposto osso do joelho</i>		CID	
<i>Amp. parcial 3º PDE</i>		582	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<i>O cílio</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>fixador externo</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDU sob anestesia

Incisão:

- Abreitada ferida traumática

Achados:

Conduta:

- fixador externo

- regularização coto de amput. 3º POS

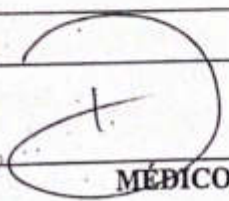
Fechamento:

Suturo nylon 3-0

OBS:

Data: 09/09/2020

Dr. Paulo Thiago
TEOR: 46296
CRM PB: 9302



MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Danielson Willyson Data da Admissão: 2019 250
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Bairro: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 QPD: _____ Data de Nascimento: 11 / 11 / _____

HDA: a la resposta em os e la paco e
rep. provincial 3-200
ex: neuromuscular normal

Medicações em uso: Dr. Pedro
TEOT. 100
CIRIA 100

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 Expectoração Hemoptise
 Dispneia 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-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSO: 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: _____

Condução: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Dagerson Uliam de Brito Albuquerque

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

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