

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, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598711

Vítima: WASHINGTON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON BRAGA DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	013.291.593-19	Washington Braga da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	013.291.593-19
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Quer ganhem	Av. Fernandina Gólio	113	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Nova Brusilia	Blaze	PB	58340000
E-mail:		Tel.(DDD):	(83)993180403

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (340)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 36974 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: São Pedro, 17/12/2018
 Nome: Washington Braga da Silva
 CPF: 013.291.593-19

(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____
 20 Dec. 2013

2º | Nome: _____
 CPF: _____

PROTÓCOLO

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09858.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09858.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:04 horas do dia 17 de dezembro de 2018, 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 Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Líelia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu Washington Braga da Silva, CPF nº 073.291.593-79, RG nº 20086145627 SSDS/CE, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Garagem, filho(a) de Alessandra Rodrigues Braga e Sandro Vieira da Silva, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 30/11/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(s) Hermelinda Coelho, N° 113, complemento BAIRRO NOVA BRASÍLIA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Nova Brasília, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99318-0703.

Dados do(s) Fatos:

Local: Fazenda Fundo do Vale, Não Possui, Sapé/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;
Data/Hora: 01/09/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

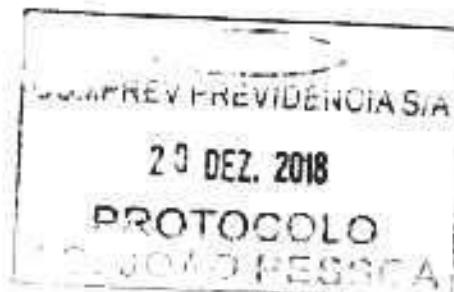
QUE na data especificada, transitava com a moto HONDA/BIZ 100 ES, com placa: QFD-3917/PB, chassi: 9C2HC1420ER033244, RENAVAM: 0107501311-6, registrada em nome de ELIZANGELA DA SILVA, na estrada de barro, na fazenda Fundo do Vale, cidade de Sapé/PB, quando tentou seguir por uma curva fechada, um trator que estava também na estrada, dando ré, o notificante não conseguiu parar e colidiu no trator que estava preso ao trator, caiu e se levantou, mas caiu novamente no chão desmaiado. Relatou que foi socorrido por um carro da fazenda para o hospital da cidade de Sapé/PB de onde foi levado por uma ambulância para o hospital de TRAUMAS DA CAPITAL DE JOÃO PESSOA/PB (laudo expedido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Arce, CRM:PB:3323, CID 10: S36.0).

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 dezembro de 2018.

LÍELIA MORAES DA SILVA
Escrivão de Polícia

WASHINGTON BRAGA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 09858.01.2018.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	013.291.593-19	Washington Braga da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	013.291.593-19
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Quer ganhem	Av. Fernandina Gólio	113	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Nova Brusilia	Blaze	PB	58340000
E-mail:		Tel.(DDD):	(83)993180403

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (340)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 36974 (2)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: São Paulo, 17/12/2018
 Nome: Washington Braga da Silva
 CPF: 013.291.593-19

(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: 20 Dec. 2013

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura: 21/03/2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. GRESITES LISBOA, 69 - PEDRO BONFIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1105488



Identificação do paciente

D 1321874	Nome WASHINGTON BRAGA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 40 anos 8 meses 30 dias	Estado civil Solteiro
Mãe ALEXSANDRA RODRIGUES BRAGA	20anos	Religião Protestante
Escolaridade		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993855097	DDD Fixo 23
Tipo documento RG (ID/ENTIDADE)	Número documento 20068145627	Fone Fixo 031 32185700
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITY (ORTOTRUMA)		Nº Cnes 705004042356252
Email	Naturalidade SÃO PAULO	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB
Número SN	Complemento	

Endereço
FUNDÔ DO VALE
Bairro
ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 01/09/2018 15:38:50	Número da placa 1000006276248
------------------------------------	----------------------------------

Clínica

29 DEZ. 2018
PROTOCOLO

Origem do paciente
OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Detalhe do acidente
VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Painel de Saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULÂNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Comportamento SUB	

Vôo de ambulância
Não

Comportamento
SUB

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
----	------	----	-------------

Exames complementares

Rádio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

24 de 21, condensante, orientado cl/olci.
em 4 horas, segue os resultados

Foto: Dr. Anderson de Moraes
COREN-PB 132215-ENF

Diagnóstico

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo
01m 01seg

Imprimir

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WASHINGTON BRAGA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000036974-2

Nr. da Autenticação 21D27BB703056FD1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilzangela da Silveira,
RG nº 002.489.697, data de expedição 11/10/2012,
Órgão SSS-RN, portador do CPF nº 103.431.224-46 com
domicílio na cidade de SALVADOR, no Estado de
Bahia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. Flávio Góes Centro, nº 113,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima WILLIAN BRASIL cujo o condutor era
WILLIAN BRASIL

Veículo: MOTO
Modelo: F125N 13, 2100 ES
Ano: 2014/2014
Placa: QFD 3312 / PB
Chassi: 962105142061033244
Data do Acidente: 07/03/2018
Local e Data: 138 KM 14/12/2018

Assinatura do Declarante

ASSINATURA DA PESSOA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
23 DEZ. 2019



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOais

NOME DO PACIENTE Washington Braga da Silva

DATA DE NASCIMENTO 30/11/97

NOME DA MÃE Alexsandra Rodrigues Braga

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110827

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1105466

DATA DO ATENDIMENTO 01/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 15:38

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Trauma abdominal fechado com lesão de baço

CID 10 S36.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto x trator, encaminhado do Ortoprato, apresentando trauma abdominal contuso, dor em punho direito e região torácica anterior, glasgow 15, pupilas iso/foto, movimenta os 4 membros. Avaliado pela Cirurgia Geral e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX tórax, punho D

USG(fast)

29 DEZ. 2013
PROTÓCOLO

RESULTADOS DOS EXAMES:

USG: lesão esplênica importante

TRATAMENTO:

Laparotomia exploradora + esplenectomia

ALTA HOSPITALAR: 05/09/18

DATA DA EMISSÃO: 03/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



SBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSO

BAE 1105466	Data/Hora Entrada 01/08/2018 15:38:50
Sexo Masculino	CNS 765604042356252

Bairro ZONA RURAL	Município SAPE
DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA

Data/Hora Prescrição
01/08/2018 18:58:01

MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMA
INTANTE EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL.
/CO/

-ASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H

ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H

-AMPOLA, DILUIR 1,0 G

-ASCO 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H

-AMPOLA, DILUIR 2,0 ML

-ASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

-AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

-ASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

-AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H, DURANTE 8/6H

-AMPOLA, DILUIR 2,0 ML

-AGEM

PROVIMENTO PREVIDENCIÁRIO

20 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

Dr. Cicero Lúcio A. de
Cruzado Geral
Setor: Oncológico
CRM: 63110

CICERO LÚCIO ALCINDO DE MELO
(CRM: 63110)

29 DEZ. 2013
PROTÓCOLO

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
WASHINGTON BRAGA DA SILVA	1180466	01/09/2018 15:38:50	
Data de nascimento	idade	CRM	Telefone de Contato:
20/11/1977	40a 8m 2a	70500404236252	(83) 993688007
UF			Promotor:
PE			
Endereço	Bruto	Município	UF
FUNDO DO VALE, BN	ZONA RURAL	SAPE	PB
Acidente	Motivo	Profissão:	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALDENIR AMORIM DE LIMA	3813/PB
Data/Hora Classificação:		Data/Hora Prescrição:	
01/09/2018 15:38:50		01/09/2018 16:48:50	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMATISMO CONTUSO DO ABDOME, COM LESÃO ESPLÉNICA IMPORTANTE EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL. CONDUTA: AO CENTRO CIRÚRGICO.

MEDICAÇÃO

BOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, DURANTE 24 HORAS)

PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 1X AO DIA

EXAME LABORATORIAL

HEMograma

CREATININA

UREIA - SÓRIO

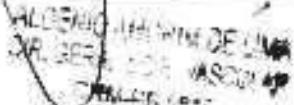
COAGULograma completo

SANGUE E DERIVADOS

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Conduta

Internar Paciente



WASHINGTON BRAGA DA SILVA

 ALDENIR AMORIM DE LIMA
 03615000

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA S.A.

23 DEZ. 2018

PROTOCOLO

INSTITUTO FISICO MEDICO S.A.
29 DEZ. 2013
PROTOCOLO



40 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 02/09/2018 08:37:42

Relatório de Internação					Em: 02/09/2018 08:32:42
Paciente WASHINGTON BRAGA DA SILVA		Bolema de Atendimento 1105400	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:00	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 48	Sexo: Masculino	CNS 765004042356252	Prontuário 110827	
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plano DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALDENIR AMORIM DE LIMA - 02/09/2016 08:32:31)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRICIÓN DA EVOLUCIÓN

SCIR-GERA

WCR: SERIAL

PACIENTE EVOLUÍ ESTÁVEL

PACIENTE EVOLUIU ESTÁVEL E SEM INTERCORRENCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Letra: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: ALDENIR AMORIM DE LIMA

Primary Source: 5010

ALIMENTO AMORFO DE LIMA
30% SERALIZADO (SOLVENTE)
C. 1000 g

PROTOCOLO
23 DEZ. 2013

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-001

Nome: Werneriina Prado da S. L. BE/Prontuário: 102402
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 10/10/13
 Clínica/Sector: Urologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ex. de estenose em bexiga
 Cirurgião: Dr. Cirurg. Edgardo 1º Assistente: Dr. Fábio Vazquez
 2º Assistente: Dr. Luciano M.R. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: Dr. Luciano J. Anestesista: Dr. Mariano J.
 Tipo de Anestesia: General Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Estenose urinária</u>	
<u>inicial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>infarto no epiplon</u>	
<u>Enxertos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: 23 DEZ. 2013

PROTOCOLO

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João L. F. Cunha
 1º Ano de Cirurgia Geral
 11043

João Pessoa 31/10/13

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: Tumorectomia
Preparo: Limpeza da pele

Incisão:

Incisão em V vertical

Achados:

Lesão de 3 cm x 2 cm
Localizado na face

Conduta:

Exérise de tecido
Ligadura da lesão
Linfadenectomia
Linfadenectomia
Bainha de Kocher

Fechamento:

Abordagem
Fita de sutura

27 DEZ. 2019
PROTÓCOLO

Observação:

Lesão controlada

Médico/CRM:

F. Cunha
CRM: 11042
Sociedade Brasileira de Cirurgia

João Pessoa, 01/01/2020

Nota de Saia Cirúrgica

Digitized by srujanika@gmail.com

PROTOCOLO



22 DEZ. 2013
PROTÓCOLO
- 1150 -



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFD3917

2014

Imprimir Consulta

	QFD3917	Último Licenciamento: 2014
PASSA / MOTONETA	GASOLINA	Proprietário: *****
HONDA/BIZ 100 ES	2014 2014	Placa: QFD3917
	PARTICULAR PRETA	Combustível: GASOLINA
	28/09/2018	Marca/Modelo: HONDA/BIZ 100 ES
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTONETA
		Ano de Fabricação: 2014
		Ano Modelo: 2014
		Categoria: PARTICULAR
		Cor Predominante: PRETA
		Vencimento Licenciamento: 28/09/2018
		Observação:
		Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
		Financeira: #####
		Município: SAPE
		Situação: EM CIRCULACAO
		Data da Consulta: 20/12/2018

SAPE

20/12/2018

VALIDAÇAO
20 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
PESOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598711 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO INTEGRAL DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações:

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598711 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA, ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO INTEGRAL DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações:

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459434/18

Vítima: WASHINGTON BRAGA DA SILVA

CPF: 073.291.593-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2018

Titular do CPF: WASHINGTON BRAGA DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

WASHINGTON BRAGA DA SILVA : 073.291.593-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/12/2018
Nome: WASHINGTON BRAGA DA SILVA
CPF: 073.291.593-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

RENATO LUNA DIAS