



Número: **0803218-62.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WASHINGTON BRAGA DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31438 303	10/06/2020 12:00	2725494_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, 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,

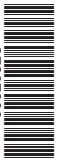
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13746741

Pag. 00655/00656 - carta_01 - INVALIDEZ

00020328



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

073.291.593-74

Nome completo da vítima:

Washington Braga da Silva

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

Nome completo: Washington Braga da Silva

CPF:

073.291.593-74

Profissão: Cur Garagem

Endereço:

Av. Hermelinda Coelho

Número:

113

Complemento:

Bairro:

Nova Brasília

Cidade:

Wape

Estado:

PR

CEP:

58340000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83)993180703

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0922

CONTA:

36974

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 contestação, 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 pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data:

João Pessoa, 17/12/2018

Nome:

Washington Braga da Silva

CPF:

073.291.593-74

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Washington Braga da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

20 DEZ. 2018

PROTOCOLO

Assinatura

(*) 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.

001/2018



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 Nº 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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia 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(a) Hermelinda Coelho, Nº 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:

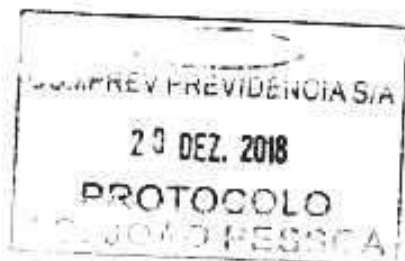
QUE na data especificada, transitava com a moto HONDA/BIZ 100 ES, com placa: QFD-3917/PB, chassi: 9C2HC1420ER033244, RENAVAM: 0107501311-6, registrada em nome de ELIZANGELA DA SILVA, na estrada de barro, na fazenda Fundo do Vale, cidade de Sapé/PB, quando tentou seguir por uma curva fechada, um trator que estava também na estrada, dando ré, o notificante não conseguiu parar e colidiu no sucador 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2018.


LIÉLIA MORAIS 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:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

073.291.593-74

Washington Braga da Silva

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

Nome completo: Washington Braga da Silva

CPF:

073.291.593-74

Profissão: Cur Garagem

Endereço:

Av. Hermelinda Coelho

Número:

113

Complemento:

Bairro:

Nova Brasília

Cidade:

Wape

Estado:

PR

CEP:

58340000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83)993180703

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0922

CONTA:

36974

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 contestação, 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:

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data, São Paulo, 17/12/2018

Nome: Washington Braga da Silva

CPF: 073.291.593-74

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Washington Braga da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

20 DEZ 2018

PROTOCOLO

Assinatura

(*) 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.

001/2018





Estado da Paraíba



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1106466



Identificação do paciente

ID 1321874	Nome WASHINGTON BRAGA DA SILVA	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 40 anos 8 meses 30 dias			Frontal
Mãe ALEXANDRA RODRIGUES BRAGA	<i>20 anos</i>		Pai SANDRO VEIRA DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) SANDRO VEIRA DA SILVA - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993450097		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 20088145627		MF Cns 705004042356252	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITI (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SÃO PAULO		CBOR	

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB
Número SN	Complemento	

Admissão

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

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

FA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Lígues [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

*Rt e R, comumente, ouvidos e/ou
em tórax, seguem os exames*

Frederico José Junior de Mello
COREN-PB 132215-EM

Diagnóstico

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo
01 min 01 seg

Imprimir

01/09/2018 15:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:00:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012000526500000030156829

Número do documento: 20061012000526500000030156829

Num. 31438303 - Pág. 5

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



Num. 31438303 - Pág. 7

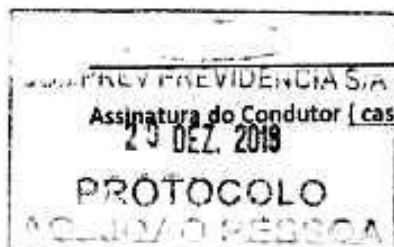
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elizângela da Silva,
 RG nº 002.489.647, data de expedição 11/10/2012
 Órgão SSDP RN, portador do CPF nº 103.431.224-46 com
 domicílio na cidade de SABE, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. Humberto Coelho, nº 113,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Washington Brabo da Silva cujo o condutor era
Washington Brabo da Silva

Veículo: MOTO
 Modelo: FIAT 1300 ES
 Ano: 2014/2014
 Placa: GFN 3812 LPB
 Chassi: 952-10142061033244
 Data do Acidente: 07/03/2018
 Local e Data: SABE 14/12/2018

Elizângela da Silva
 Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Washington Braga da Silva
DATA DE NASCIMENTO 30/11/97
NOME DA MÃE Alessandra 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 Ortopedia, apresentando trauma abdominal contuso, dor em punho direito e região torácica anterior, glasgow 15, pupilas iso/foto, movimentação os 4 membros. Avaliado pela Cirurgia Geral e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX tórax, punho D
USG(fast)

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





Hospital Estadual de Emergências
Sede: Rua Humberto Lacerda

BOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA

BAE 1105466	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:50
Sexo Masculino	CMS 705604042356252
Bairro ZONA RURAL	Município SAPE
DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA
	Data/Hora Prescrição 01/09/2018 18:58:01

MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMA
DURANTE EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL
IN CO.

CO 500ML), ADMINISTRAR 2000.0 ML VIA E.V., 24H

ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 6/6H

COLA), DILUIR 1.0 G

COLA 10ML), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 6/6H

COLA), DILUIR 2.0 ML

CO 100ML), ADMINISTRAR 100.0 ML VIA E.V., 12/12H

MPOLA), DILUIR 100.0 MG

CO 100ML), ADMINISTRAR 100.0 ML VIA E.V., 12/12H

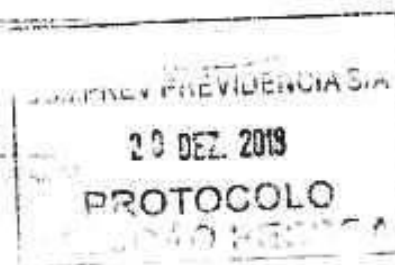
AMPOLA 2ML), DILUIR 100.0 MG

ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORAS

3ML), DILUIR 2.0 ML

AGEM

PERIODO: 01/09/2018 18:58:01



[Handwritten signature and stamp]





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente WASHINGTON BRAGA DA SILVA	BAE 1105456	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:50	Data Baixa
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 40s 9m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993655097
CNS 705604042356252			Prontuário
Nome ALEXANDRA RODRIGUES BRAGA			
Endereço FUNDO DO VALE, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 01/09/2018 15:38:50		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 15:53:00	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO X TRATOR ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA APRESENTANDO:
A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS SEM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL

B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNEICO

C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CORADO, HIDRATADO

D) ECGL: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS, REFERE PERDA DA CONSCIÊNCIA NO TRAUMA

E) ABDOME: POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO PROFUNDA, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. RELATA DOR EM PUNHO DIREITO E TORÁCICA ANTERIOR. ALERGIA A AMOXICILINA.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO

ANALGESIA

RX DO TRAUMA + FAST + TC DE CRÂNIO

AVLIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CID10

Código	Descrição
S00.0	Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel (carro), "pick up" ou caminhonete - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 01/09/2018 15:39:51

Dr. Cicero Ludgero A.
Cirurgião Geral
Cirurgião Oncológico
CRM: 6317



10/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirUsadosAnteriores=imprimir

Dr. Cicero Lúgero A. de
Cirurgião Geral
Médico Oncológico
CRM: 63111

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

CICERO LUGERO ALCIDO DE MELO
(CRM: 63111)

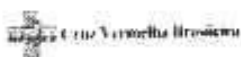
COMPROVAÇÃO PREVIDENCIÁRIA
20 DEZ. 2018
PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:00:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012000526500000030156829>

Número do documento: 20061012000526500000030156829



Hospital Síndico de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

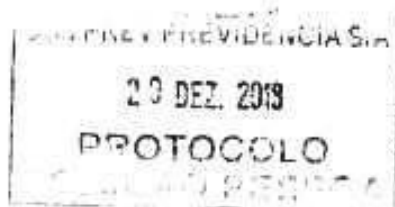
Tel:

CNES: 6121221

Paciente WASHINGTON BRAGA DA SILVA	RAE 1185466	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:58	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1977	Idade 40s 8m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993695667
Nome ALEXSANDRA RODRIGUES BRAGA		CHS 785084042356252	Procurador
Endereço FLUNDO DO VALE, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	Nº Cons. Regional 3615/PB
Data/Hora Classificação 01/09/2018 15:38:58		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 16:48:58	
Anamnese			
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMATISMO CONTUSO DO ABDOME, COM LESÃO ESPLÊNICA IMPORTANTE EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL.			
CONDUTA: AO CENTRO CIRÚRGICO.			
MEDICAÇÃO			
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORAS(S).			
PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETÁVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA.			
EXAME LABORATORIAL			
HEMOGRAMA			
CREATININA			
UREIA - SORO			
COAGULOGRAMA COMPLETO			
SANGUE E DERIVADOS			
SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES			
Conduta			
Internar Paciente			

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

ALDENIO AMORIM DE LIMA
(1185466)



Assinatura registrada por: ANNE WALESKA FERREIRA LIMA em 01/09/2018 15:39:51

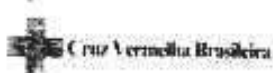


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:00:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012000526500000030156829

Número do documento: 20061012000526500000030156829



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 02/09/2018 08:32:42

Paciente WASHINGTON BRAGA DA SILVA	Bolém de Atendimento 1105466	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 765004042356252
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110827	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 02/09/2018 08:32:33)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****#CIR. GERAL****1º DPO - LE+ ESPLENECTOMIA****PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.****CONDUTA: VPM**Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR
02.09.2018

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

Nome: Wesleyton Pinheiro da S. J. Jr. BE/Prontuário: 4024 00
 Idade: Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: Data: 15/12/18
 Clínica/Setor: Urologia EMP: LR
 Cirurgia: Infarto miocárdico exploratório
 Cirurgião: Dr. César Augusto 1º Assistente: Dr. Fernando
 2º Assistente: Dr. Nelson 3º Assistente:
 Instrumentador: Anestesista: Dr. Marcos
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Infarto miocárdico exploratório</u>	
<u>Infarto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Infarto miocárdico exploratório</u>	
<u>Exploração</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

João Pessoa, 15/12/18



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/12/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: WASHINGTON FERREIRA

SEXO:

COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

120 x 80 P = 80

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

100%

DRUGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DIETA

ESTADO FINAL

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: LACTOTOMIA EXTERNA + ESPINHAL

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

17:30h

TERMINO DA ANESTESIA

18:12

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES R\$

ANESTESISTA

Marcos Vinícius

CPE

CRM-PB

6.935,00

ASSINATURA

Nº

DATA

LOCAL

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO

TERMINO

DURAÇÃO

CÓDIGO

QUANT.

VALORES

ANESTESISTA

CPE

CRM

VALORES

ANESTESIA

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIETA

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

RELATÓRIO DE CIRURGIA



MAXIMILIANO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: Supino, com o abdômen e membros inferiores
Preparo: de acordo com o protocolo

Incsão:

Incisão: Incisão supra umbilical

Achados:

Achados: O sistema de drenagem com coágulos
e presença de sangue

Conduta:

Conduta: Limpeza do coágulo
Exatidão da técnica de ligadura de h 15
e h 20
Insuficiência de coágulo
Reparo de hemorragia
Controle de coágulo

Fechamento:

Fechamento: Aproximadamente 10 pontos
de sutura com fio 3/0
e fio 4/0

Observação:

Observação: Paciente em bom estado geral
e sem complicações

PREVENCIONISMO
29 DEZ. 2013
PROTOCOLO

Médico/CRM:

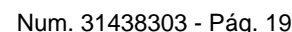
Victor F. Oliveira
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM 11042

João Pessoa, 01/01/14



10

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008414562 - 7 DATA DE EMISSÃO 12/09/2013

NOME WASHINGTON BRAGA DA SILVA

PAPELADO SANDRO VIEIRA DA SILVA

ALEXSANDRA RODRIGUES BRAGA

NATURALIDADE SÃO PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 30/11/1997

DOC. ONDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 29 SUBDISTRITO TERMO: 458335

FOLHA: 103V LIVRO: A671 SÃO PAULO - SP

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

P. 1 26

LEI Nº 7.116 DE 22-08-93

29 DEZ. 2013

PROTOCOLO

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

PAPELADO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFD3917

2014

Imprimir Consulta

QFD3917

Último Licenciamento: 2014

Proprietário: *****

Placa: QFD3917

Combustível: GASOLINA

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

PASSA / MOTONETA

GASOLINA

HONDA/BIZ 100 ES

2014 2014

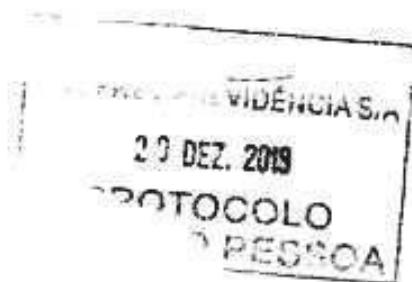
PARTICULAR PRETA

28/09/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

SAPE

20/12/2018



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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE



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

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 01/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WASHINGTON BRAGA DA SILVA

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

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

