



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
<b>WASHINGTON BRAGA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31438 303	10/06/2020 12:00	<a href="#"><u>2725494_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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



Pág. 00655/00656 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:00:05  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012000526500000030156829>  
Número do documento: 2006101200052650000030156829

Nº 31438303 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	073.291.593-19	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:
Profissão:	Endereço:	Número: 113 Complemento:
Bairro:	Cidade: São	Estado: PB CEP: 58340000
E-mail:	Tel.(DDD): (83)991190703	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 36974

(Informar o dígito se existir)

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

Pelo motivo 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 do 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 Luís, 17/12/2018  
Nome: Washington Braga da Silva  
CPF: 073.291.593-19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do íntero 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 Lélia 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 Alexsandra 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) Fato(s):**

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:**

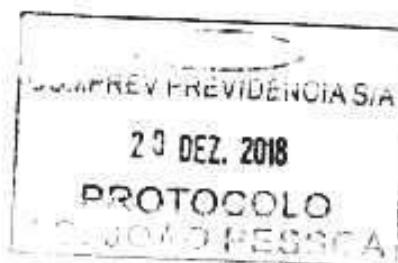
QUE na data especificada, transitava com a moto HONDA/BIZ 100 ES, com placa: QFD-3917/PB, chassi: 9C2HC1420ER033244, RENAVAM: 0107501311-6, registrada em nome de ELIZANGELA DA SILVA, na estrada de barro, na fazenda Fundo do Vale, cidade de Sapé/PB, quando tentou seguir por uma curva fechada, um trator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

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2018.

LÉLIA MORAES DA SILVA  
Escrivão de Polícia

Washington Braga da Silva  
WASHINGTON BRAGA DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 09858.01.2018.1.00.401

1/1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	073.291.593-19	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:
Profissão:	Endereço:	Número: 113 Complemento:
Bairro:	Cidade: São	Estado: PB CEP: 58340000
E-mail:	Tel.(DDD): (83)991190703	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 36974

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 do 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 Luís, 17/12/2018  
Nome: Washington Braga da Silva  
CPF: 073.291.593-19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018





#### **III. THE VARIOUS HISTOGRAMS**



Hospital Estadual de Emergência Traumática  
Sorocaba Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBÔA, 69 - PEDRO GONDIM - CNE: 123312 - Tel: 8332185700

Boletim de Atendimentos: 1105466

### **Identificação do paciente**

ID 1321874	Nome WASHINGTON BRAGA DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/11/1937	Idade 40 anos 6 meses 30 dias	Estado civil	Religião
Mãe ALEXSANDRA RODRIGUES BRAGA	<i>20anos</i>		Pai SANDRO VIEIRA DA SILVA
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	SANDRO VIEIRA DA SILVA - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993446087	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 20068145627	Nº Cris 705004042356252	UF PB
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	
		CBOF	

卷一

**CEP** 58340000 **Município de residência** SAPE **UF** PB  
**Nº** \_\_\_\_\_ **Comunidade** \_\_\_\_\_

58

Data e Hora  
01/08/2018 15:38:50

Operador FUNDODO VALE	REV PREVIDENCIA S.m /
Bairro ZONA RURAL	29 DEZ. 2019
Comun SUB	<b>PROTOCOLO</b>
Ongam de paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	9
Colisão no acidente VEICULO X MOTO	
de ambulância	Trauma
transportou	Nao

#### **Indicadores a Transporte**

Caso policial:  Sim  Não  
Meio de transporte:  Ambulância  Outro  
Sinal de Vida:

• 84 •

Pulso Temperatura

#### Examens complémentaires

Rale X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []  
Dousas caxões. P. et R. comunita ouvidos c/ dor.  
P. e R. comunita ouvidos c/ dor.

Fotoğrafçı: Jülide de Hacıoglu  
000646 08 132215-EME

### Dimensionless

Atendido por:  
**ANNE WALESKA PEREIRA LIMA**

Tao

Temp:

Imenitis



# 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



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. 6



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Feliciano da Silva,  
RG nº 002.489.697, data de expedição 11/10/2012  
Órgão SESP/PA, portador do CPF nº 103.431.224-46 com  
domicílio na cidade de SAC, no Estado de  
Pará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
017 Almoxarifado Couto, 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 Wassilson Braga Lima cujo o condutor era Wassilson Braga da Silva.

Veículo: MOTO  
Modelo: Honda / Bros 100cc  
Ano: 2014/2014  
Placa: GFD 3812 / PB  
Chassi: 9G2A1C142061033244  
Data do Acidente: 07/03/2018  
Local e Data: 08/14/2018

Feliciano da Silva

Assinatura do Declarante

<b>PROXY PREVIDÊNCIA S.A.</b>
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
29 DEZ 2019
<b>PRÓTOCOLO</b>
<b>ACUSADO PESSOA</b>





## 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 Ortotrauma, 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 da crânio  
RX tórax, punho D  
USG(fast)

20 DEZ 2018  
PROTÓCOLO

USG: lesão esplênica importante

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Laparotomia exploradora + esplenectomia

### TRATAMENTO:

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: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Amparo Estadual de Emergência - Tri-  
Centenário Humberto Lacerda

LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB

BAE 1105466	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:50
Sexo Masculino	CMS 705004042356252

Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SAPE</b>
<b>DE MOTOCICLETA</b>	Professional <b>JOSE VICTOR LOPES FERREIRA</b>
	Data/Hora Prescrição: <b>01/09/2018 16:58:01</b>

MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMA  
INTENSO EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL.  
EXCO.

**ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V. BID**

© 2011 DILUMIR 1.0 G

**COLA 10ML). ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.. 5/SH**

**200-1. DILUÍR 2,0 ML**

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

**MPOLA), DILUER 100,0 MG**

300 ML). ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12

**AMPOLA 2ML, DILUIR 100.0 MG**

ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., B/S/H, DURANTE 6 HORAS.

**DILUER 2.0 ML**

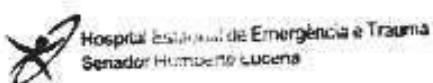
- 2 -

HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM LIBRARIES

12 DEZ 2019

## PROTOCOLO



**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 15:38:56	Data Baixa
Data de nascimento 30/11/1977	Idade: 40a 9m 2d	Sexo: Masculino	CNS 705004042356252
<b>118c.</b>			
Endereço FUNDO DO VALE, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Veículo VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 01/09/2018 15:38:56		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 15:53:00	

**Anamnese**

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

- I) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO
- C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, CORADO, HIDRATADO
- D) ECG: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS. REFERE PERDA DA CONSCIÊNCIA NO TRAUMA
- E) ABDOME: POCO 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  
 AVALIAÇÃO 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 + OBLIQUE)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

20 DEZ. 2018

**PROTOCOLO****CID10**

Código	Descrição
U01.4	Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel (carro), "pick up" ou caminhonete - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

**Conduta**

Em observação

Dr. Cicero Ludgero A.  
 Cirurgião Geral  
 Cirurgião Ortopedista  
 CRM: 631

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



17/12/2016

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=1&opção=1  
Dr. Cicero Lacerda A. de  
Braga Geral  
CRM: 6311  
CICERO LACERDA ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311)

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

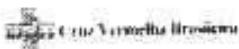
CICERO LACERDA ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311)

23 DEZ. 2013  
PROTÓCOLO



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. 12



### AREA VERMELHA

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

58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>WASHINGTON BRAGA DA SILVA</b>	RAE 1185466	Data/Hora Entrada 01/09/2018 15:38:58	Data Bérea
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 40a 8m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato: (83) 983688807
Mae <b>ALEXANDRA RODRIGUES BRAGA</b>			Prontuário:
Endereço <b>FUNDO DO VALE, BN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALDENIO ANDRIM DE LIMA</b>	Nº Cons. Regional <b>3815/PB</b>
Data/Hora Classificação: 01/09/2018 15:38:58		Data/Hora Prescrição: 01/09/2018 16:48:58	
<b>Anamnese</b> PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA X TRATOR, CAUSANDO TRAUMATISMO CONTUSO DO ABDÔME. COM LESÃO ESPLÉNICA IMPORTANTE EVIDENCIADA NA USG ABDOMINAL. CONDUTA: AO CENTRO CIRÚRGICO.			
<b>MEDICAÇÃO</b> 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 INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 1X AO DIA			
<b>EXAME LABORATORIAL</b>			
HEMOGRAFIA			
CREATININA			
UREIA - SORO			
COAGULOGRAFIA COMPLETO			
SANGUE E DERIVADOS			
SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES			
<b>Conduta</b> Internar Paciente			

ALDENIO ANDRIM DE LIMA  
DR. ALDENIO ANDRIM DE LIMA  
CRM-PB 3815

WASHINGTON BRAGA DA SILVA

ALDENIO ANDRIM DE LIMA  
(3815/PB)

ENTREGUE X FAX/VIDE INFORMAÇÕES

23 DEZ. 2019

PROTÓCOLO

PROTÓCOLO  
29 DEZ. 2013





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 08:32:42

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CEP: 2776696 - Tel: 8332165700

Paciente	Bolema de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
WASHINGTON BRAGA DA SILVA	1105466	01/09/2018 15:28:50	
Data de nascimento 30/11/1977	Idade 49	Sexo: Masculino	CNS 765004042356252
Tempo de Internação:		Convênio: SUS	Prontuário: 110627
			Plano: DIURNO

### Evolução médica (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 02/09/2018 08:32:33)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIR. GERAL

1ºDPO - LE\* ESPLENECTOMIA

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO.

CONDUTA: VPIM

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. SERAL 2016 (ASCOLAR)  
05-09-2018

PROVIMENTO  
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

Num. 31438303 - Pág. 15

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

MATERIAL

Nome: Weslinton Franco da Silva BE/Prontuário: 124603  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 12/12/19  
 Clínica/Setor: Urgência e Emergência EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Laringectomia  
 Cirurgião: Dra. Cláudia Lobo 1º Assistente: Dra. Fernanda Koenig  
 2º Assistente: Dra. Ana Paula Mazzoni 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Mariana Januário  
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Tumoreto glóquimal laringe</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>lavamento traqueal</u>	
<u>exploração</u>	
<u>enfarréstico</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: 29 DEZ. 2019

**PROTOCOLO**

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

*Weslinton L. F. Cunha  
Dra. Ana Paula Mazzoni*  
*11/12/2019*

João Pessoa 31/12/19





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Posição: Tumorectomia do estômago e remoção de  
tumor de colon flexor

**Incisão:**

Histerectomia vaginal - ventral

**Achados:**

Lesões de sangue no colo do útero  
Lesões de tumor

**Conduta:**

Extrair o sangue  
Explorar o ligamento de suspensão do útero  
Linfadenectomia  
Ressecção da massa  
Contato com o colo do útero

**Fechamento:**

Cerramento vaginal  
Cerramento abdominal

22 DEZ. 2019

PROTOCOLO

**Observação:**

Existe sangramento vaginal

**Médico/CRM:**

V. F. Oliveira  
Médico Ginecologista  
CRM: 11102

João Pessoa, 01/01/2019



## Nota de Sala Cirúrgica

## PROTOCOL





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. 20

**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

PROTOCOLO DE VIDÊNCIAS S.A.  
 20 DEZ. 2018  
**PROTOCOLO**  
**DE PESSOA**



## 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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### 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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



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. 23

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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



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. 24