

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2450778020190820174830

Processo 0814787-91.2019.8.23.0010 ☆ - (97 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público
Recursos: [Clique aqui para visualizar os recursos relacionados](#)

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor de Justiça

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

30 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 30

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
30	20/08/2019 17:48:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
30.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, PETICAO.pdf Público 30.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2602913ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCSAnexo01compressed.pdf Público			
29	15/08/2019 11:48:07	CONCLUSOS PARA DESPACHO - ANÁLISE DE RETORNO 2º GRAU Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	Thairinny Melo Araujo de Almeida Analista Judiciário
28	15/08/2019 11:46:42	TÉRMINO DA SUSPENSÃO DO PROCESSO Suspensão interrompida	Thairinny Melo Araujo de Almeida Analista Judiciário
27	15/08/2019 11:46:02	JUNTADA DE OUTROS	Thairinny Melo Araujo de Almeida Analista Judiciário
26	18/07/2019 00:06:41	DECORRIDO PRAZO DE ISAIAS RIBEIRO DA SILVA (P/ advgs. de ISAIAS RIBEIRO DA SILVA *Referente ao evento (seq. 19) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL(28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 20.	SISTEMA CNJ
25	12/07/2019 00:08:09	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 19) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL(28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 21.	SISTEMA CNJ
24	06/07/2019 16:48:03	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ISAIAS RIBEIRO DA SILVA) em 10/07/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 20.	MARLON TAVARES DANTAS Advogado
23	02/07/2019 11:39:19	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/07/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019) e ao evento de expedição seq. 21.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
22	29/06/2019 13:03:35	PROCESSO SUSPENSO Por 60 dias corridos a partir de 28/06/2019	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
21	29/06/2019 13:03:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
20	29/06/2019 13:03:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ISAIAS RIBEIRO DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL (28/06/2019)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário
19	28/06/2019 11:55:43	PROCESSO SUSPENSO OU SOBRESTADO POR DECISÃO JUDICIAL	JARBAS LACERDA DE MIRANDA



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08147879120198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISAIAS RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., informar e requerer o que segue.

Ante o provimento do recurso interposto requer, o prosseguimento do feito com a produção do exame pericial, sendo certo que diante da decisão proferida pelo tribunal, o efeito da não realização da prova deve recair exclusivamente sobre o autor.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 16 de agosto de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PERFURANTE DO OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO SUTURA DE CORNEÁ.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 da visão de um olho	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Data do acidente: 09/01/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM Córnea DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. VÍTIMA APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM O OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA Córnea, FOI SUBMETIDA À CIRURGIA OFTALMOLÓGICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

CRM do médico: 365

UF do CRM do médico: RR

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 da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

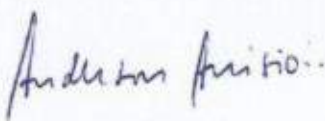
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Nº Sinistro: 3180262359

Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Data do Acidente: 09/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262359**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12940397



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Sinistro: 3180262359
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Data do Acidente: 09/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180262359** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Nº Sinistro: 3180262359

Vitima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Data do Acidente: 09/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180262359**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Sinistro: 3180262359
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Data do Acidente: 09/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180262359** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASE	CPE da Vítima 711.758.672-04	Nome completo da vítima ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA	CPE titular da conta 711.758.672-04	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA: CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELO	Número 599	Complemento
Bairro DR SILVIO BOTELO	Cidade BOA VISTA	Estado RR
CEP 69.314-537		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚM. DV CONTA NÚM. DV (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NÚM. CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104 AGÊNCIA NÚM. DV CONTA NÚM. DV 3027 001 31825 0 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018
Local e Data

Isaias Ribeiro Medrado
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 22/03/2018

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 EXP.: SSP/RR CPF: 690.216.512-20

ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FÉLIX LIMA Nº 887

BAIRRO: JARDIM TROPICAL CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 36 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO SUPERIOR

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: (095) 9 9159-9032 Nº REG. CNH: 03004474901

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 20:30 do dia 09/01/2018, NA AV. CARMELO - DR. SILVIO BOTELHO

O comunicante GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ, procurador do Sr. ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, relata que na data, hora e endereço acima descrito, o mesmo foi atravessar a rua de sua casa, quando foi atropelado por uma motocicleta; QUE foi levado por terceiros ao Hospital Cosme e Silva e posteriormente ao HGR; QUE devido o acidente o Sr. ISAIAS teve LESÃO CORPORAL; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL


GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de punição do Código Penal Brasileiro.

DAT

22 MAR, 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR


Maria Selma de Aguiar
Agente de Polícia Civil
Mat. 043000213
Agente de Polícia Civil

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN, 2018

RECEBIDO

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 450/2018/DAT ADITANDO O B.O 127/18 - DAT- RR, em
15/08/2018.**

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 EXP.: SSP/RR CPF: 690216512-20

ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FELIX LIMA, 887 BAIRRO: JARDIM TROPICAL

MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 37 ANOS

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 991460718 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

O comunicante informa QUE a motocicleta envolvida no acidente é desconhecida, pois após o acidente a mesma se evadiu do local sem prestar socorro à vítima. É o registro.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

JORGE FERNANDO PAIVA FIGUEIREDO
AGENTE DE POLICIA
MAT: 42000787
29 AGO 2018
AGENTE DE POLICIA
CONFERIDO

GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi feita, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorealider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e de seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: ISAIS RIBEIRO MEDRADA CPF da Vítima: 791.758.612-90 Data do Acidente: 09.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018

Local e Data

Isais Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO**NOME: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO****MATRICULA: 0298190155 1986 1 00019 028 0017913 51**

Código Serv.	Acervo	Código Reg.	Ano Reg.	Tipo Livro	Nº: Livro	Folhas	Nº: Termo	Dig. Ver.
029819	01	55	1986	1	00019	028	0017913	51

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO	DIA	MÊS	ANO
Dezessete de outubro de mil novecentos e oitenta e quatro.	17	10	1984

HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
10:00	Colinas - MA.

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Colinas - MA	Em Jatobá - MA.	Masculino

FILIAÇÃO
ESPEDITO FERREIRA MEDRADO - natural do Maranhão. MARIA RIBEIRO DA SILVA - natural do Maranhão

AVÓS
PATERNOS: Salustiano Ferreira Medrado e Maria Júlia da Conceição Medrado. MATERNOS: Domingos Ribeiro da Silva e Aldete Ribeiro da Silva.

GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO	NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
Quatro de agosto de mil novecentos e oitenta e seis.	

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES
Consta à margem do registro de nascimento a averbação do Reconhecimento de Paternidade, feito pelo Pai ESPEDITO FERREIRA MEDRADO, na data de 29/05/2012, no Cartório do 2º Ofício de Colinas - MA, onde constava o nome ISAIAS RIBEIRO DA SILVA, passará o registrado a assinar o nome: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, fazendo constar ainda o nome dos avós paternos: SALUSTIANO FERREIRA MEDRADO e MARIA JÚLIA DA CONCEIÇÃO MEDRADO.

2º Ofício Extrajudicial

Oficial Registrador: HENRIQUE SAMPAIO DA FONTE.
MUNICÍPIO: Colinas - MA
ENDEREÇO: Travessa São Luís, 118, Centro.
TELE/FAX: (99) 3552-1680
CEP: 65690-000

O conteúdo da certidão é verdadeiro.
Dou fé.
Colinas-MA, 06 de Agosto de 2012.

EDSON ANDRADE

2º Escrevente Substituto



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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000031825-0

Nr. da Autenticação 43596C8B2823ADFC

ATO DECLARATÓRIO

09/01/2018

Guia de Atendimento 02

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELIAAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



1803290337	09/01/2018 20:47:00	FICHA DE ATENDIMENTO - CLINICA MEDICA		NOTURNO 19	112
Paciente	ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	Data Nascimento	17/10/1984	Idade	33 A 2 M 23 D
CNS	77175887204	CPF	77175887204	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	SSP/RR	Sexo	M
Data Emissão	223041	Estado Civil	SEM	Raça/Cor	SEM
IDENTIDADE	223041	Naturalidade	BRASIL	Informação	INFORMAÇÃO
Mãe	MARIA RIBEIRO DA SILVA	Contato		Ocupação	NÃO INFORMADA
Endereço	- RUA CARMELO - 599 - ---				

Class. de Risco	LARANJA	Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis. Prontuário	
Motivo do Atendimento	SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	140 x 100
Sede	RECEPÇÃO SPA / URG / E	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por	ELIANA ALVES				

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ACIDENTE DE TRANSITO

Anamnese de Enfermagem
Corpo estranho em olho esquerdo.

GSC
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123455

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:22H)

ENTRADA DE CORPO ESTRANHO "PEDAÇO DE FERRO" EM OLHO (E) HORA DE TARDE. QUEIXA DE DOR E VISTA TURVA

Exame Físico

DOR E VISTA TURVA

Hipótese Diagnóstica

ACIDENTE V. FERRO + EPIFORA
TRAUMA OCULAR

SAOT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

DIPLOMA 1g + 2g (EV)

ENCAMINHADO AO HGR/PAR

CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/10/2018

Ass:

ROBERTO DA SILVA V. de Paula
Gerente do Núcleo de Saúde e Atendimento
Ponto nº 02012018

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

Visto

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM - Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: kella.silva
Data Hora: 09/01/2018 21:19:54





Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 432944

MARIA DAS NEVES RIBEIRO DA SILVA

R. CARMELO, 599,

DR. SILVIO BOTELHO

69314537 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
353990	03/2018	17-FEB-18 a 19-MAR-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
327	06-APR-18	R\$ 210,10

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
353990	03/2018	R\$ 210,10

836200000021.101000750006.000000000358.399003180052





Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108786-0

Distribuição Roraima
Av. Capello Enx Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.020-3)
Nota Fiscal / Cofre de Energia Eólica - 5830-0-1
Regime especial de distribuição autorizada pelo DETRAN RR/15.

Nº da Nota Fiscal: 000445879

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO EM KWH	TOTAL A PAGAR - R\$
MARÇO/2018	06/04/2018	586	418,72

GILVAN NASCIMENTO SANTOS
AV ABRAHAM FELIX LIMA 887 JARDIM TROPICAL
CPF: 00069021651220 -
CEP: 69.314-570 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.19.903400

UNIDADES DE MEDIDA	VALOR	UNIDADES DE MEDIDA	VALOR
Atual	18112	Atual	20/03/2018
Anterior	17526	Anterior	19/02/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Proxima Leitura	19/04/2018
Consumo Médio	586	Emissão	19/03/2018
Consumo Faturado	586	Arrecadação	20/03/2018
NORMAL		20	

Class/Subclass	Unidade	Número do Cade	Posto	Código PA	Atividade
RESIDENCIAL	III	2804600	N 3516735	1.1.1.2	405

PERÍODO DE FATURAMENTO	CONSUMO	VALOR A R\$	VALOR A R\$
FEV/18	1318	586 A R\$	0,578386 =
JAN/18	272	CORR MONETARIA TCO (IGPM)	8/1
DEZ/17	716	PARCELAMENTO DE DEBITOS	8/12
NOV/17	760	ILUMINACAO PUBLICA	18,87
OUT/17	749		
SET/17	639		
AGO/17	408		
JUL/17	0		
JUN/17	0		
MAI/17	0		
TAXA DE TRIBUTOS:			
8 A 50 - 8,45670			

Nos/Ano Valor R\$ Unidade consumida sujeita a supressão de fornecimento de
02/2018 836,45 energia elétrica e partir de 04/04/2018, em função das contas
paralizadas nesta data, o não pagamento poderá resultar em
suspensão e inclusão do nome do consumidor na SPERA, impedindo
assim a utilização dos serviços essenciais e já reativados, no
valor de R\$ 20,00 (valor histórico). Caso tenha sido
o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA ORCAO VENCIMENTO 1 0 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 356C.5E8A.13A4.F4FB.7E88.8440.F047.4B2B

CONSUMO EM KWH	VALOR A R\$
Distribuição	180,38
Energia	160,60
Transmissão	0,00
Perdas	6,69
Tributos	66,57

SABEMI SEGURADORA S/A
07 JUN. 2018
RECEBIDO

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	
01/2018							0,00

ROT: 31.001.27.19.903400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Distribuição Roraima
Av. Capello Enx Garcia 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.020-3)

SEU CÓDIGO

0108786-0

TOTAL A PAGAR - R\$

418,72

MÊS FATURADO

03/2018

VENCIMENTO

06/04/2018

000445879 FCAH

83610000004 8 18720075000 3 00000000108 1 78600318008 4



SEQ.: 00282 LC: 0108786-0 DT. LEIT.: 20/03/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 18112 NORMAL TOTAL: 418,72 CARGA: 014
DT. VENC.: 06/04/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1171

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GILVAN NASCIMENTO SAUDOS CRUZ inscrito (a) no CPF 690.216.512/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672/04, do sinistro de DPVAT cobertura RR INVALIDEZ da Vítima ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AVI ABRÃO FÉLIX LIMA</u>		Número <u>887</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM TROPICAL</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69314-570</u>
Email <u>gilvanoficial@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99659-9032</u>

BOA VISTA-RR, 06 de MARÇO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



EMBRANCO

09/01/2018 21:59:32

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19- 82

Paciente: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA
Data Nascimento: 17/10/1984 Idade: 33 A 2 M 23 D
CNS: 77175867204 CPF: 77175867204
Tipo Doc: Documento: 223041 Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Rça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA
Endereço: RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. do Risco: AMARELO Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: 160 x 120
Setor: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: VINICIUS.CAVALCANTE

Queixa Principal: CORPO ESTRANHO NO OLHO
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: NEGA DM, HAS E ALERGIAS
GSC: AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

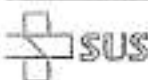
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 7h):
Paciente com fratura aberta do 7º dedo
pelo qual se insere um corpo estranho
Exame Físico: Edema de pálpebra, vermelha de olho
Hipótese Diagnóstica: Doença de Cornea, Hematoma

SADT - Exames Complementares:
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:
Prescrição:
1) Dexametasona 1mg (EU) Suspendido
2) Dexametasona 1mg (EU) Suspendido
3) Dexametasona 1mg (EU) Suspendido
4) Dexametasona 1mg (EU) Suspendido

Conduta:
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☒ Transferência para: Oftalmologia
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: 07 JUN 2018 13:58
Assinatura do Médico: [Assinatura]

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Assinatura]
Carimbo e Assinatura do Médico: [Assinatura]
Impresso por: hevelin.enfermeira
Data Hora: 09/01/2018 22:01:31

RECEBIDO
07 JUN, 2018
Dr. Robin Ribeiro Vilaruena
OFTALMOLOGISTA
CRM-RR 1514
180802301



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

UQA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

UQR

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

FELIX LUIZ M SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/10/1984

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARIA M LUIZ ALVES M SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Formoso 599, Bairro Siqueira Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - CDD, SEDE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

NN

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- fresse profunde cartaco de 15 15 15
- sinal compressão positivo, CA 15 15

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO INTERNAÇÃO

15 15 15

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Biomarcador 15 15

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lactação de 15 15 15

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Constatação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CRITÉRIO INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Roberto Luiz Vilasboas

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

10/01/2012

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Roberto Luiz Vilasboas

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNES DA EMPRESA

40 - CDD

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO RECLAMADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DE EMISSÃO DO LAUDO E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - DATA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

040 5050305

BPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/01/2018 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lacrimação de córnea

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Refratar

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Lacrimação de córnea

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Ribeiro

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Anestesia, Antociano, Antistase de mucosa
- Campos oftálmicos
- Colírio de Bloqueio oftálmico
- Píldora com Anestésico
- Sutura de córnea com nylon 10-0
- Refração de 20 de segurança
- Colírio com pomada tetraciclina oftálmica



Dr. Roberto Ribeiro Vilhena
OFTALMOLOGISTA
CRM/RN - 917 RCE-11



Isaías Ribeiro do Silva,

30/01/18

Emergência

[illegible]

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1- Fentanil 80mg		- Sedação Venosa	x- Monitorização (AC, SpO ₂ , ECG, PA, NI)
2- Midazolam 4mg		- Ventilação espontânea	1- Sedação venosa com agentes de B
C		CNO ₂ 100% 2L/min	2- A SRPA
D			
E			
F			
G			
QUANTO	Uso de	Canal 1 - 20ml de Fentanil	
INDIC		Alívio / Desconforto - Cego	
SAÚDE		Aut - Tempo - Calibração do Tubo	
		Endo Máscara	
		Oficinal de Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTA	500 ml		
OPERAÇÃO	Sutura do Corneo		Linkage - Espinos - Crossed Suture Crossed Suture - Espinos - Linkage "Buckling" - Winkler Hemostático - Antidoto Saco Sanguíneo - Soro
ANESTESIA	Dr. Ana Paula	Dr. Robin	1- 10ml de Fentanil 2- 10ml de Midazolam 3- 10ml de CNO ₂ 4- 10ml de O ₂ 5- 10ml de Soro

Dra. Ana Paula Thomaz
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

RECEBIDO
07 JUN. 2018
CABEN SECURADORA S/A



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Idade: 38 APT OU LEITO: Pass Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 30 / 01 / 2018

CIRURGIA

TIPO: Sutura de Corneo TEMPO DE DURAÇÃO: INICIO: 11:25 FIM: TEMPO TOTAL:

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO: Dr. Robson ANESTESISTA: Dr. Amor Paulino
1º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: Dr. Flávia
2º AUXILIAR: CIRCULANTE: Orlando Rafael

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueio Regional TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL [®]	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 30/3	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN [®]			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN [®]	
1	SERINGA 10ML			Agulha Insulina	
	SERINGA 20ML		1	Cateter	
1	<u>Gletozoles</u>			Sml mbaa bu Pi s/ Naoc	
	<u>Cateter 02</u>				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<u>Dulce Suelen</u>	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<u>Orlando Rafael</u>	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

07 JUN. 2018

RECEBIDO

NAME: João Ribeiro
CENTRO CIRURGICO/SRPA

DADOS PRE-OPERATORIO									
Entrada na Sala	Início de Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgião Realizado	Anestesiado	Sinais Vitais		
30.01.2018	33	33	33	33	33	33	33	33	33
1. Identificação: Nome: <u>João Carlos</u> Sobrenome: <u>da Silva</u> Idade: <u>33</u> Anos Sexo: <u>Masculino</u> Profissão: <u>Engenheiro</u> Endereço: <u>Rua 15, nº 100, Jd. Primavera, São Paulo, SP</u> Telefone: <u>(11) 1111-1111</u> CPF: <u>123.456.789-00</u> RG: <u>987.654.321-00</u>					2. Anamnese: Doenças Crônicas: <u>Nenhuma</u> Medicamentos em Uso: <u>Nenhum</u> Alérgico a: <u>Nada</u> Última Alimentação: <u>12h</u> Última Defecação: <u>10h</u> Última Micção: <u>11h</u> Outros: <u>Não</u>				
3. Exame Físico: Estado Geral: <u>Bom</u> Estado de Consciência: <u>Alerta</u> Temperatura: <u>36,5</u> °C Pulso: <u>72</u> bpm Pressão Arterial: <u>120/80</u> mmHg Saturação de O₂: <u>98</u> % Respiração: <u>Normal</u> Cardíaco: <u>Normal</u> Abdominal: <u>Normal</u> Genitais: <u>Normal</u> Extremidades: <u>Normais</u> Outros: <u>Não</u>					4. Exame Laboratorial: Hemograma: <u>Normal</u> Coagulograma: <u>Normal</u> Função Renal: <u>Normal</u> Função Hepática: <u>Normal</u> Eletrólitos: <u>Normal</u> Outros: <u>Não</u>				
5. Diagnóstico e Planejamento: Diagnóstico: <u>Prostata Normal</u> Procedimento: <u>Prostatectomia Radical</u> Local Anestesia: <u>Spinal</u> Medicação: <u>Antibiótico, Analgésico</u> Outros: <u>Não</u>					6. Assinaturas: Cirurgião: <u>Dr. João Carlos da Silva</u> Anestesiado: <u>Dr. João Carlos da Silva</u> Enfermeiro: <u>Dr. João Carlos da Silva</u> Outros: <u>Não</u>				

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Paciente: João A. Ribeiro dos Santos
Disponível para cirurgia: Sim

Anestesiista: D. Ana Paula

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SALIDA (Sala Pós-Operatória)

CONFIRMAÇÃO DO PACIENTE: CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Resposta: Sim ☐ Não

PULSO CIRÚRGICO: ☒ Sim se Aplica Emergência

CONFIRMAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

CONFIRMAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Sim, Qual: Não

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis e planejamento

Assinatura: João A. Ribeiro dos Santos

Tempo: 20:06:18 Hora: 11:00

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 50 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual: Antes da incisão

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

☒ Sim
☒ Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

☒ Sim ☒ Não

07 JUN 2018

RECEBIDO

Assinatura e Carimbo

JN55
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

JSAIAS Ribam M Silva

Serviço:

- Ambulatório Oftalmológico



Tratado, prescrito e acompanhado

26/02/2018

09:00
Dr. Robin

DATA: 02, 05, 2018

Dr. Robin Ribeiro Viana
OPHTHALMOLOGISTA
CRM-017 RQE-11
ASSINATURA E CARIMBO



RV

Clinica Oftalmológica

Responsável técnico médico

Dr. Robin Rivero Villanueva CRM/RR - 917

Data: 26/02/2018

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Nome: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

RG: 223041 ssp/RR CPF: 771758672-04

Acuidade Visual

Sem correção { OD: 20/20 J1
OE: CD3m PIN HOLE - 20/150

Ectoscopia: SEM ALTERAÇÕES EM AMBOS OLHOS

Motricidade ocular extrínseca: PRESERVADA EM AMBOS OLHOS

Reflexos pupilares: NORMAL EM AMBOS OLHOS

Senso cromático [teste de ISHIHARA]: NORMAL EM OLHO DIREITO, IMPRATICÁVEL EM OLHO ESQUERDO

Biomicroscopia

OD: SEM ALTERAÇÕES

OE: SUTURA DE CORNEA CENTRAL, CICATRIZ CORNEANA CENTRAL LINEAR

Tonometria: 14 / - mmhg (10:05 h) - IMPRATICAVEL EM OE

Fundoscopia

OD: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,6), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

OE: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,5), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

Conclusão: OLHO DIREITO - EXAME OFTALMOLOGICO NORMAL

OLHO ESQUERDO - CICATRIZ CORNEANA CID10-H17.8

- VISAO SUBNORMAL CID10-H54.5



Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 1965, São Francisco

CEP: 69305-005

Tel: (95)9121-3001(FIXO COMERCIAL)

Dr. Robin Rivero Villanueva
OF TALMOLOGISTA
CRMRR-917 RDE-11



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702 FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERA S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: ISAÍAS RIBEIRO DA SILVA

HGR / PAAR

PAUSE VÍTIMA DE ENTRADA DE PESSOAS
DE FORA DO UIC @ "HORAS DE
TARDE" QUAXA-JE DE DE DE 4
CRÍFICA, VISTA TURVA.

EF: NOT. DE IMAGEM DO BRANCO
CORRAL, CRÍFICA PERJISTENTE,
↓ A VISTA VISTA

OBJ: HPES S/ ANESTESIA OFTALMOLÓGICA

CD: SÓLITO - AVANÇADO - COMUM

6 anos

Assinado por
com data 09/01/18

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 **Polgar Direto** 

Isaias Ribeiro Medrado
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 223041

NOME **ISAIAS RIBEIRO MEDRADO**

DATA DE EMISSÃO 21/02/2018

RELACÃO
ESPEDITO FERREIRA MEDRADO
MARIA RIBEIRO DA SILVA

NACIONALIDADE
COLINAS - MA

DOC. ORIGINAL
CERTO NASC 17913 FLS 28 LIV A-19
COLINAS-MA

DATA DE NASCIMENTO
17/10/1984

771.758.672-04
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Piauí - Piauí

LEI Nº 7.118 DE 2008/83

P7

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180262359
Nome do(a) Examinado(a):	ISAIAS RIBEIRO MEDRADO
Endereço do(a) Examinado(a):	R CARMELO 599 DR SILVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	771.758.672-04
Data e local do acidente:	09/01/2018-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 13/09/2018

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA PERFURO CORTANTE EM OLHO ESQUERDO (LESÃO DE CORNEÁ)

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM 30/01/2018

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ LINEAR EM CORNEÁ DE OLHO ESQUERDO. PERICIANDO APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM ESTE OLHO. LAUDO OFTALMOLÓGICO DE FUNDOSCOPIA INFORMA CICATRIZ DE CORNEÁ CID H17.8 E CID H54.5

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

PERDA PARCIAL DA VISÃO EM OLHO ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em __ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PERDA DA VISÃO EM OLHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

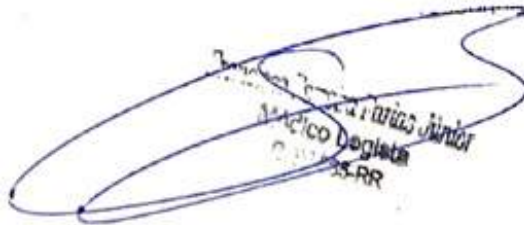
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco Ferreira de Farias Junior
Médico Legista
CRM 365 - RR

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PERFURANTE DO OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 da visão de um olho	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Data do acidente: 09/01/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA CÓRNEA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM CÓRNEA DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. VÍTIMA APENAS CONSEGUE DISTINGUIR VULTOS E CORES COM O OLHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIOFACIAL COM FERIMENTO PERFUROCORTANTE EM OLHO ESQUERDO E LESÃO DA CÓRNEA, FOI SUBMETIDA À CIRURGIA OFTALMOLÓGICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Médico examinador: FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

CRM do médico: 365

UF do CRM do médico: RR

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 da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

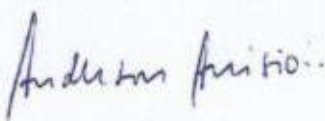
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: ISAÍAS RIBEIRO MEDRADO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MOTORISTA
Nº DO RG: 223041 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 21.02.2018
Nº CPF: 771.758.672-04
ENDEREÇO: RUA CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELHO

OUTORGADA :

NOME: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: PROFESSOR
Nº DO RG: 181863 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 14.09.2017
Nº CPF: 690.216.512-00
ENDEREÇO: AV: ABRÃO FELIX LIMA, 887 - JARDIM TROPICAL

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



BOA VISTA-RR, 13 de março de 2018.

Isaías Ribeiro Medrado
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR JOZIEL LOUREIRO - TABELÃO E REGISTRADOR
Av. Vitorino Freire, nº 161 - Centro - Boa Vista/RR
Tel: (93) 324-4971 - atendimento@cartorioloureiro.com.br

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(5040600)-ISAÍAS RIBEIRO MEDRADO
AGS em testemunho da verdade, Boa Vista, 13/03/2018
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, PISCALIZAÇÃO: 0,12, PECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345F56U85SRWVW6TH88
Consulte seu selo: <https://cidadeao.portalcelor.com.br>
ED SEVERINO DE SOUSA JUNIOR - TABELÃO SUBSTITUTO

Dr. Severino de Sousa Junior
Tabelão Substituto
Cartório Loureiro

