

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: 2584781020191212165223

Processo 0814787-91.2019.8.23.0010 ☆ - (211 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)
<div>Realces</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div> <div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
56 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 56				500 por pág.	1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	56	12/12/2019 16:52:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	56.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2602913IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público	
	56.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2602913IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público	
	55	07/12/2019 09:17:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 09/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 52) JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019) e ao evento de expedição seq. 54.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	54	06/12/2019 14:04:23	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário	
	53	06/12/2019 14:04:23	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ISAIAS RIBEIRO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário	
<input type="checkbox"/>	52	06/12/2019 14:03:58	JUNTADA DE LAUDO	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário	
	51	04/12/2019 00:05:06	PRAZO DECORRIDO Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento JUNTADA DE CERTIDÃO(21/10/2019). Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	SISTEMA CNJ	
	50	21/11/2019 09:44:40	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 06/12/2019 (15 dias)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciário	
	49	08/11/2019 17:41:22	LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 08/11/2019 - Referente ao evento de expedição (seq. 44) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (30/10/2019 10:48:41). Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário	
<input type="checkbox"/>	48	08/11/2019 16:52:57	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 44) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (30/10/2019 10:48:41). Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	HELLEN KELLEN MATOS LIMA Oficial de Justiça	
	47	07/11/2019 00:05:01	DECORRIDO PRAZO DE ISAIAS RIBEIRO DA SILVA (P/ advgs. de ISAIAS RIBEIRO DA SILVA *Referente ao evento (seq. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO(21/10/2019) e ao evento de expedição seq. 39.	SISTEMA CNJ	
	46	05/11/2019 00:07:40	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. 38) JUNTADA DE CERTIDÃO(21/10/2019) e ao evento de expedição seq. 40.	SISTEMA CNJ	
	45	30/10/2019 16:06:23	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 44) em 30/10/2019 10:48:41. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: HELLEN KELLEN MATOS LIMA. Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA	MANUELLA DE OLIVEIRA PARENTE Servidor Central de Mandados	
			EXPEDIÇÃO DE MANDADO	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO	



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, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISAIAS RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de dezembro 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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

771.758.672-04

ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
ISAÍAS RIBEIRO MEDRADA		771.758.672-04		MOTORISTA	
Endereço		Número		Complemento	
RUA: CARMELLO, 599 - DR SILVIO BOTECHAO		599			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
DR SILVIO BOTECHAO	BOA VISTA	RR	69.314-537		
Email					

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

☒ RECUSO 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)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
3027 001 31825 0
(Informar dígito se existir) (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.

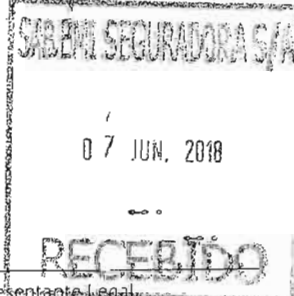
BOA VISTA 26 de MARÇO de 2018

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-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


Maria de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213

Agente de Polícia Civil

DAT

22 MAR, 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

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

Gilvan Nascimento Santos Cruz
GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá 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 contravenção do Código Penal Brasileiro."

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 da VÍTIMA e do 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 711.758.612-9	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:

Assinar 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 dessa 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

Isaías Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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.

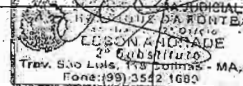
AVÓS
PATERNOS: Salustiano Ferreira Medrado e Maria Júlia da Conceição Medrado. MATERNOS: Domingos Ribeiro da Silva e Aldete Ribeiro da Silva.

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 Luis, 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

...: Guia de Atendimento 02 ...

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



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//673AE085-64FD-4819-9E2B-BF9C3B7C02B6.html>



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

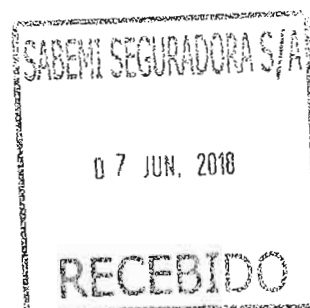
recorte aqui



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

836200000021.101000750006.000000000356.399003180052



Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108786-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal: 000445079

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	06/04/2013	586	418,72

GILVAN NASCIMENTO SANTOS

AV ABRAHAO FELIX LINA 887 JARDIM TROPICAL

CPF: 00069021651220

CEP: 69.314-570 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.19.903400

DADOS DA LEITURA	KWh	KVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	18112		Atual: 20/03/2018
Anterior:	17526		Anterior: 19/02/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 19/04/2018
Consumo Medido:	586		Emissão: 19/03/2018
Consumo Faturado:	586	FCAM	Apresentação: 20/03/2018

NORMAL

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Multa 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2804669	M 1516/35	1.1.1.2	405

HISTÓRICO KWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 1318	CONSUMO 586 A R\$ 0,570386 = 334,24
JAN/18 272	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 8/1 1,43
DEZ/17 716	PARCELAMENTO DE DEBITOS 8/12 64,18
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	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 586 - 0,456770	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISAO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
02/2018 836,45

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/04/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 274,86 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVA DO AO FISCO 356C.5E8A.13A4.F4FB.7E88.B440.F047.4B2B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 100,38	Base de Cálculo: 334,24
Energia: 160,60	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 56,82
Encargos: 6,69	Valor do PIS: 1,84
Tributos: 66,57	Valor do COFINS: 7,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0108786-0

TOTAL A PAGAR - R\$
418,72

MES FATURADO
03/2018

VENCIMENTO
06/04/2018

000445079 FCAM

83610000004 8 18720075000 3 00000000108 1 78600318008 4



SEQ.: 00282 UC: 0108786-0 DT.LEIT.: 20/03/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 18112 NORMAL TOTAL: 418,72 CARGA: 024
DT.VENC.: 06/04/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1:71



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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GILVAN NASCIMENTO SANTOS 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 POR 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:

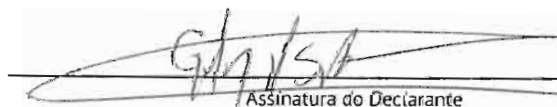
☒ Recuso informar

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>AV. 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) 99159-9032</u>

BOA VISTA-RR, 26 de MARÇO de 2018
 Local e Data


 Assinatura do Declarante



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



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//673AE085-64FD-4819-9E2B-BF9C3B7C02B6.html>

EM BRANCO

GOV DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



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	CPF ⁰⁷ 77175867204	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 223041	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor BRASILEIRA
Mãe MARIA RIBEIRO DA SILVA	Pai NC	Informação BOA VISTA - RR	Contato	Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR					
Class. de 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	Tomp.	Peso 160 x 120
Seloir PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: VINICIUS.CAVALCANTE		

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

Anamnese de Enfermagem
NEGA DM, HAS E ALERGIAS

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
**Boa noite com fratura ocular hoje 7 dias
deles faculha de ferro em olho esquerdo**

Exame Físico
**Edema de pálpebra, presença de corpo
estranho no olho esquerdo.**

Hipótese Diagnóstica
Lesão cornea (C), Alergia

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dexte colírio anestésico		
2) Dexametasona 1mg/1 (EU) Suspensão		
3) Tobrel 40mg (EU)		
4) Captopril 50mg (EU)		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Oftalmologia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **19/01/2018 14:00h**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: hevelin.enfermeira
Data Hora: 09/01/2018 22:01:31

07 JUN. 2018

RECEBIDO

Roberto Ribeiro Viana
OFTALMOLOGISTA
CRM 917 NDE-11



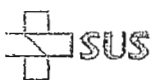
AZUL

GRANDE TRAUMA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800901284		30/01/2018 08:21:27		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		33	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA				17/10/1984		33 A 3 M 13 D				77175867204	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		223041		SSP/ RR				M		SOLTEIRO(A) SEM	
Mãe				Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA RIBEIRO DA SILVA				NC		BOA VISTA - RR		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço				RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR				Contato		Ocupação	
										NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano/Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
AZUL		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						36.50		140 x 90	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA						PATRICIA COLLYER			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
DOR NO OLHO E, PÓS TRAUMA, HÁ 23 DIAS											
Anamnese de Enfermagem				GSC		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
ANAMNESE - (HORA DA CONSULTA - 09:52 h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido											
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia											
<input type="checkbox"/> Transferência para:											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: marcla.cristianne				07 JUN. 2018							
Data Hora: 30/01/2018 08:25:38											
RECEBIDO											



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

UQR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Isaías Roberto 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. Rosa Rodrigues M. Silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Carmelo 599, Bairro Siqueira Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- lesões por furecitos de 15 (15) mm
- sinal compressivo positivo, CA 1591

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO INTERNAÇÃO

AS Mãos

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

Biomarcador CA

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Laboreio de células

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Constatação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

6123 5112 4512 916

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Roberto Rosa Rodrigues

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/01/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Roberto Rosa Rodrigues

OFICINA 017 RGE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO, ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

040 5050305

BRA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30.10.17 16:18 O.S. _____

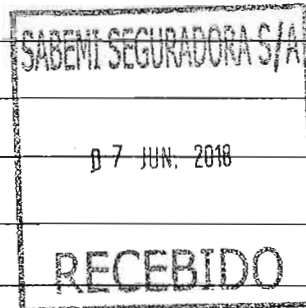
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lacrimação de Córnea

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Lacrimação de Córnea



CIRURGIÃO: Dr. Rogério Ribeiro

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

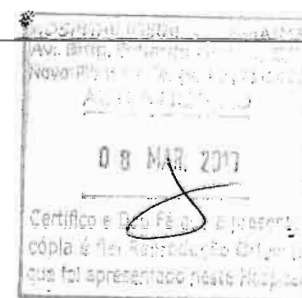
INÍCIO: _____

FIM: _____

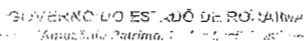
DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Anestesia, Antéropia, Anestesia de Roraima
- Cópia oftálmica
- Cópia de Bloqueio oftálmico
- Refato Córnea Anestesia
- Sutura de Córnea com nylon 10-0
- Refato de AR de Sutura
- Cópia com Anestesia Anestesia oftálmica



Dr. Rogério Ribeiro Vilhena
OFTALMOLOGISTA
CRM/RR-917 RDE-11



Isaías Ribeiro do Silva,

30/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

14

Emergência

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A - Fentanyl 80mcg		- Sedação venosa	x - monitorização (FC, SpO ₂ , ECG, PA, NI)
B - Midazolam 4mg		- Ventilação espontânea	
C		CNO ₂ 100% 2L/min	
D			3 - Sedação venosa com
E			agentes A e B
F			2 - A SRPA
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Período Naso / Oro Faringeo	
HDCC		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Enfi - Tempo - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 500 ml			
OPERAÇÃO			
Sutura do Corneo			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIA	
Dr. Ana Paula		Dr. Robin	
			PERDA SANGUÍNEA
			LABORATÓRIO SEGURADORA S/A

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

07 JUN. 2018

RECEBIDO



REGISTRO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
João Ribeiro da Silva	PAR			30 / 01 / 2018

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

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: Dr. Anna Paula
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. Flávia
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Orlando Rafael

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueio Peridural	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 Nº 30/3	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURIN®			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN®	
1	SERINGA 10ML			Agulha Insulina	
	SERINGA 20ML		17	Cateter	
1	Gleto 200			5 mL Nova Insulina	
1	Cateter 02				

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

07 JUN. 2018
RECEBIDO



SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: João Ribeiro da Silva

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO		SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	
30.01.2018	11:25	11:15			
Cirurgia Realizada: <u>Sutura de Cerebra</u>		Anestesia: <u>Sedação</u>	Posição: <u>Prone</u>		
Hidratação: <u>Infusão</u>		Antibiótica: <u>Vancomicina</u>	Hemodinâmica: <u>Estável</u>		
SFA a 0,5%: <u>60-1</u>		Nome: <u>João</u>	CH: <u>0</u>		
SG a 10%: <u>0</u>		Dose: <u>0</u>	Plasma: <u>0</u>		
Outros: <u>0</u>		Plaquetas: <u>0</u>	Anticoagulante: <u>0</u>		
Nº de compressas oferecidas: <u>0</u>		Anticoagulante: <u>0</u>			
Nº de compressas recolhidas: <u>0</u>					
Sinais Vitais: <u>0</u>					
T: <u>36,5</u> °C		P: <u>110</u> bpm			
SAT: <u>94</u> %		R: <u>18</u> rpm			
() Regular		() Irregular			
FC: <u>84</u> bpm		PA: <u>114/73/52</u> mmHg			
Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X					
() Outros: <u>0</u>					
Legenda:					
1. Eletrodos <u>0</u>					
2. Oxímetro <u>0</u>					
3. PVC <u>0</u>					
4. Placa de Bisturi <u>0</u>					
5. Incisão <u>0</u>					
6. Cateter <u>0</u>					
7. Vendicise <u>0</u>					
8. Dreno <u>0</u>					
9. SNG <u>0</u>					
10. Faixa de Smarch <u>0</u>					
11. Outros: <u>0</u>					
Cirurgia Realizada: <u>Sutura de Cerebra</u>		Anestesia: <u>Sedação</u>	Localização: <u>Prone</u>		
1. Sonda <u>0</u>					
2. Curativo <u>0</u>					
3. Dreno <u>0</u>					
4. Acesso Venoso <u>0</u>					
5. Outros: <u>0</u>					
Entrada: <u>0</u>					
Ass.: <u>0</u>					

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: João Ribeiro dos Santos
Idade: 40 anos
Sexo: M
Profissão: Administrador

ANESTESISTA: D. Ana Paula

ENTRADA: 10:00 (Sala de Anestesia)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade:

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento: ☒ Sim ☐ Não

USO CIRÚRGICO

☒ Não se Aplica

TIPO DE ANESTESIA

☒ Sim ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

☐ PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso adequado, equipamento e planejamento

Para fluidos

8887-88-8888
e 8887-88-8888
ou 8887-88-8888

Data: 20/01/18

Assinatura

Hora: 11:00

ANTES DA INCISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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 30 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: cefazolin

Hora: 11:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

☐ Sim

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Stellen da S. Ramos

Enfermeira

CREN-384935 - ENF

Assinatura e Carimbo

07 JUN. 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

11h 40min 35s
Dr. Robson de Melo
Coord. Enfermagem
CREN-RR 509.886

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>Isaura Almeida de Silva</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
<u>20/06/11</u>			
<u>CE 06th Zone</u>			<u>11h</u>
<u>2 SFCq. 300ml + 4H 00ml EV 6/6h</u>		<u>11h 23.05</u>	<u>PA: 120x80</u> <u>FC: 80</u> <u>T: 36,5°C</u>
<u>3 LEFALBUM 1g EV 6/6h</u>		<u>11h 23.05</u>	
<u>4 DÍGUA 1g EV 6/6h</u>		<u>11h 23.05</u>	
<u>5 TENOXIA 20g EV 12/12h</u>		<u>11h 22</u>	
<u>6 TIANAL 100g SFCq. 100ml EV 10h 3/3h</u>		<u>11h 22.06</u>	
<u>7 NUTRIM 50g EV 3/3h NUT</u>		<u>11h 02.06</u>	
<u>8 Control Sinais vitais</u>			
<u>9 Ausculta em 15to minuto</u>			
<u>10</u>			
<u>11</u>			
<u>12</u>			
<u>13</u>			
<u>14</u>			
<u>15</u>			
<u>16</u>			
<u>17</u>			
<u>18</u>			
<u>19</u>			
<u>20</u>			
<u>21</u>			
<u>22</u>			
<u>23</u>			
<u>24</u>			
<u>25</u>			
<u>26</u>			
<u>27</u>			
<u>28</u>			
<u>29</u>			
<u>30</u>			
<u>31</u>			
<u>32</u>			
<u>33</u>			
<u>34</u>			
<u>35</u>			
<u>36</u>			
<u>37</u>			
<u>38</u>			
<u>39</u>			
<u>40</u>			
<u>41</u>			
<u>42</u>			
<u>43</u>			
<u>44</u>			
<u>45</u>			
<u>46</u>			
<u>47</u>			
<u>48</u>			
<u>49</u>			
<u>50</u>			
<u>51</u>			
<u>52</u>			
<u>53</u>			
<u>54</u>			
<u>55</u>			
<u>56</u>			
<u>57</u>			
<u>58</u>			
<u>59</u>			
<u>60</u>			
<u>61</u>			
<u>62</u>			
<u>63</u>			
<u>64</u>			
<u>65</u>			
<u>66</u>			
<u>67</u>			
<u>68</u>			
<u>69</u>			
<u>70</u>			
<u>71</u>			
<u>72</u>			
<u>73</u>			
<u>74</u>			
<u>75</u>			
<u>76</u>			
<u>77</u>			
<u>78</u>			
<u>79</u>			
<u>80</u>			
<u>81</u>			
<u>82</u>			
<u>83</u>			
<u>84</u>			
<u>85</u>			
<u>86</u>			
<u>87</u>			
<u>88</u>			
<u>89</u>			
<u>90</u>			
<u>91</u>			
<u>92</u>			
<u>93</u>			
<u>94</u>			
<u>95</u>			
<u>96</u>			
<u>97</u>			
<u>98</u>			
<u>99</u>			
<u>100</u>			

RECEBIDO
07 JUN. 2011
SABEM SEGURADORA S/A

Dr. Robin Ribeiro Villanue
OFICINA ODONTOLÓGICA
CREN-RR-509.886

Dr. Robin Ribeiro Villanue
OFICINA ODONTOLÓGICA
CREN-RR-509.886

Dr. Robin Ribeiro Villanue
OFICINA ODONTOLÓGICA
CREN-RR-509.886

Dr. Robson de Melo
OFICINA ODONTOLÓGICA
CREN-RR-509.886



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

TA
RA

20/06/11 - paciente submetido a cirurgia no olho direito

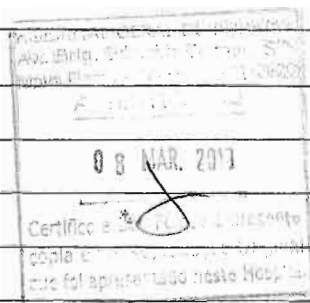
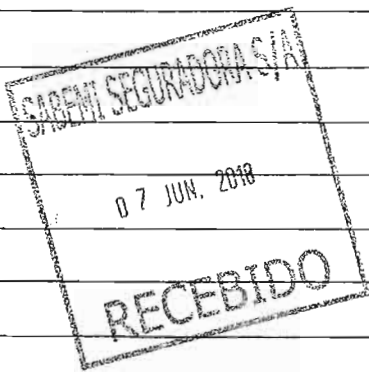
Dr. Robin Rivero Villena
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11

16/06/11 - paciente sem dor

Recebeu medicação, CA positiva, melhorou a visão

com alta regular
Núcleo de Medicina

Dr. Robin Rivero Villena
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11



ASSINATURA:

INSS
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

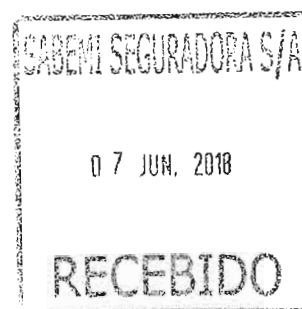
Receituário

NOME:

JSAIAS Pires da Silva

Servico:

- Atendimento oftalmológico



Tratado, passado em Assinatura

26/02/2018

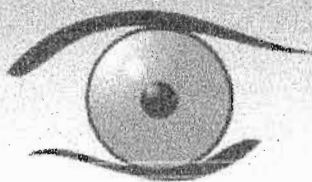
09:00

Dr. Robin

DATA:

02, 05, 2018

Dr. Robin Vilanova
OFTALMOLOGISTA
CRM/R-947 RQE-11
ASSINATURA E CARIMBO



RV

Clínica 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

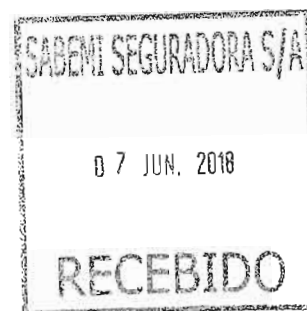
OD: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,6), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

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 RQE-11



EMERGÊNCIA

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



RECEITUÁRIO

NOME:

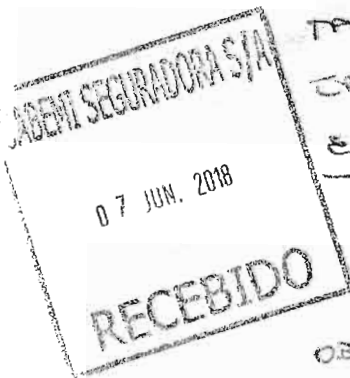
ISAÍAS RIBEIRA DA SILVA

HGR / PAAR

PAUSE VÍTIMA DE ENTRADA DE PESSOAS
DE RUA DO OUTO @ "HOJE É
TARDE" QUISIA - JE DE DIA 4
CRÍFURA, VISO TUA.

EF: NOM. SE IMAGIN ESTAR QUIN
CORRAL, CRÍFURA PERSISTENTE,
↓ A WIDE VISA.

OBS: HPES S/ ANESTESIA OFTALMOLÓGICA
GLCO



CS: SÓLID - AVANÇADO E CONCLUI

GRAND

Richard Cruz
CRM 2475 - Radiologia

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

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

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/02/2018

ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

FILIAÇÃO
ESPEDITO FERREIRA MEDRADO
MARIA RIBEIRO DA SILVA

NATURALIDADE
COLINAS - MA

DOC. ORIGIN
CERTD NASC 17913 FLS 28 LIV A-19
COLINAS-MA

DATA DE NASCIMENTO
17/10/1984

771.758.672-04
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perto Jr. Secretário de Polícia Civil
Diretor do IOD

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 181863

DATA DE EMISSÃO 14/09/2017

NOME GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

FILIAÇÃO JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS
MARIA NASCIMENTO SANTOS

NATURALIDADE VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO 03/05/1981

DOC. EM DEB. CERTD CAS 6373 FLS 73 LIV B-22
2 OF BOA VISTA - RR

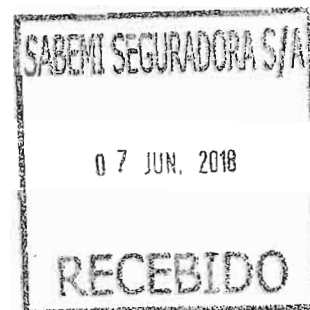
CPF 690.216.512-20

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Psiquiatra da Polícia Civil
Diretor do IODC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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) Nexa 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

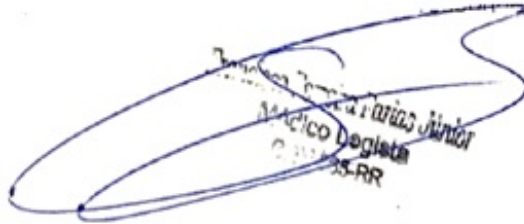
Região Corporal (Sequela):

% 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.



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

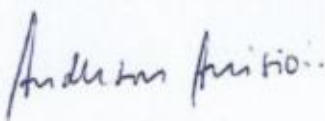
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

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: 121863 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 Líder, 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.

Isaias Ribeiro Medrado
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

