

## 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)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
56 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 56					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	56 12/12/2019 16:52:23	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (06/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2602913IMPUGNACAOALUDOPERICIALJUR01.pdf	Público	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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 <b>Procurador</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>			
	55 07/12/2019 09:17:06	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 <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>			
	54 06/12/2019 14:04:23	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 <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>			
	53 06/12/2019 14:04:23	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 <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/>	52 06/12/2019 14:03:58	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>		JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>PRAZO DECORRIDO</b>			
	51 04/12/2019 00:05:06	Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento JUNTADA DE CERTIDÃO(21/10/2019). Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		SISTEMA CNJ	
		<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b>			
	50 21/11/2019 09:44:40	Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 06/12/2019 (15 dias)		ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>LEITURA DE MANDADO REALIZADA</b>			
	49 08/11/2019 17:41:22	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 <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>RETORNO DE MANDADO</b>			
<input type="checkbox"/>	48 08/11/2019 16:52:57	Referente ao evento (seq. 44) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (30/10/2019 10:48:41). Parte: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		HELLEN KELLEN MATOS LIMA <b>Oficial de Justiça</b>	
		<b>DECORRIDO PRAZO DE ISAIAS RIBEIRO DA SILVA</b>			
	47 07/11/2019 00:05:01	(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	
		<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b>			
	46 05/11/2019 00:07:40	(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	
		<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b>			
	45 30/10/2019 16:06:23	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 <b>Servidor Central de Mandados</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b>			
				VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup>, 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 PERFORANTE 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359  
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Cidade: Boa Vista  
Data do acidente: 09/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

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

**Descrição do exame** APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM CÓRNEA DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA.  
**médico pericial:** 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, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

**Médico examinador:** FRANCISCO FERREIRA DE FARIA 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
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## 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**  
Vitima: **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**

---

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](http://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](http://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](http://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**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

771.758.672-04

Nome completo da vítima

ISAIAS RIBEIRO MEDRADA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ISAIAS RIBEIRO MEDRADA	CPF titular da conta	771.758.672-04	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA: CARMELO, 599 - DR SILVIO BOTELHO	Número	599	Complemento	
Bairro	Dr Silvio Botelho	Cidade	BOA VISTA	Estado	RR
Email		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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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

07 JUN. 2018

Isaías Ribeiro Medrada

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

**ENDERECO: AV. ABRAÃO FÉLIX LIMA N° 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 N° 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-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**22 MAR 2018**

**DAT**  
**AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR**

**Maria de Oliveira Almeida  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 042800213**

**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 N° 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**

**ENDERECO: 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 N° 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 vitima. É o registro.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**JORGE FERNANDO PAIVA FIGUEIREDO**

**AGENTE DE POLICIA**

**MAT: 42000787 2018**

**AGENTE DE POLICIA  
COMPROVADOR**

**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 de fomem, 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.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").

Name Completo da Vítima **ISAIS RIBEIRO MEDRADA** | CPF da Vítima **711.158.612-09.01.2018** | Data do Acidente

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name 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:

##### Assinatar 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.

**SABEMI SEGURADORA S/A**

**BOA VISTA, 26 de MARÇO de 2018**

Local e Data

07 JUN. 2018

**RECEBIDO**

**Tatiana Melo mrsd**

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 EXTENO	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.

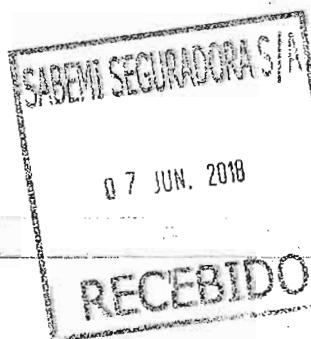
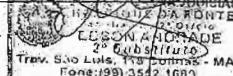
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENO	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: <b>ESPEDITO FERREIRA MEDRADO</b> , na data de 29/05/2012, no Cartório do 2º Ofício de Colinas - MA, onde constava o nome <b>ISAIAS RIBEIRO DA SILVA</b> , passará o registrado a assinar o nome: <b>ISAIAS RIBEIRO MEDRADO</b> , fazendo constar ainda o nome dos avôs paternos: <b>SALUSTIANO FERREIRA MEDRADO e MARIA JÚLIA DA CONCEIÇÃO MEDRADO</b> .

<b>2º Ofício Extrajudicial</b> Oficial Registrador: <b>HENRIQUE SAMPAIO DA FONTE</b> . 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

# ATO DECLARATÓRIO

09/01/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

LARANJA

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



1800299337	09/01/2018 20:47:00	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MÉDICA	NOTURNO 19	112	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	GPF 07	
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		17/10/1984	33 A 2 M 23 D		77175867204	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Nacionalidade	
IDENTIDADE	223041	SSP/ RR		M	BRASIL	
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO	
Maria Ribeiro da Silva					Contato	
Endereço	- RUA CARMELO - 599 ---				Ocupação	
					NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
LARANJA	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				Pressão	
Selar	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTÂNEA				Registrado por:	
Queixa Principal	_____) Síndrome Febril _____) Sintomático Respiratório _____) Suspeita de Dengue					ELIANA.ALVES

ACIDENTE DE MARINHO

Anamnese de Enfermagem  
Corpo estranho em olho esquerdo.

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

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

BARRAGEM DE URG = ESTANHO "PESSOAS DEFESA"  
EN O HAB ( ) HORA DE MARCOS. 10:50 X. SE DÉ  
DOR + FESTO TUMPA

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SABEM SEGURADORA S/A

07 JUN, 2018

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

PREScrição

APRAZAMENTO

RECEBIDO

OBSErvAÇÃO

DIPIRONA 1g + 10% (EN)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/03/18

Ass.:

Rebeca Luciano V. de Farias  
Gerente de Relacionamento com o Cliente  
Port. n° 022/2018

Conduta

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

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saida/Alta: / /

Visto

óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não

Destino:  Família

IML Anatomia Patológica

UVE / PCS

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



**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 353990	MÊS 03/2018	PERÍODO DE CONSUMO 17-FEB-18 a 19-MAR-18
CONSUMO (kWh) 327	VENCIMENTO 06-APR-18	TOTAL A PAGAR 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**

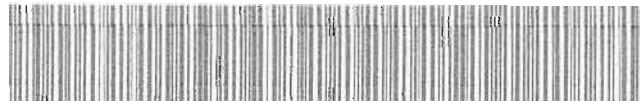
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836200000021.10100075006.000000000356.399003180052



SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 NICOLAS SANTOS CRUZ inscrito (a) no CPF 690.216.512/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ISAIAS RIBEIRO MEDRADA inscrito (a) no CPF sob o No 771.758.672/09, do sinistro de DPVAT cobertura POR INVALIDEZ da Vítima ISAIAS RIBEIRO MEDRADA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 771.758.672/09, 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 ABRAÃO FÉLIX LIMA</u>		Número	887	Complemento
Bairro	JARDIM TROPICAL	Cidade	Estado	RR	CEP
Email	<u>gilvanoficial@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>(95) 99159-9032</u>	

BOA VISTA - RR, 26 de MAR/2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



LARANJA

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



1800298337	09/01/2018 20:47:00	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA					NOTURNO 19- 111	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS				SPE 54
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA		17/10/1984	33 A 2 M 23 D					77175867204
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Prontuário
IDENTIDADE	223041	SSP/ RR		M		SEM		Nacionalidade
Mãe				Pai	INFORMAÇÃO		Contato	BRASIL
MARIA RIBEIRO DA SILVA								Ocupação
Endereço								NÃO INFORMADA
- RUA CARMELO - 599 ---								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validado	Autorização	Sis Prenatal	
LARANJA	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional da Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							140 x 10
Sector		Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:		
RECEPÇÃO SPA / URG / E		DEMANDA ESPONTANEA				ELIANA.ALVES		
Quicixa Principal	_____) Síndrome Febril _____) Sintomático Respiratório _____) Suspeita de Dengue							

## ACIDENTE DE TRANSMISSÃO

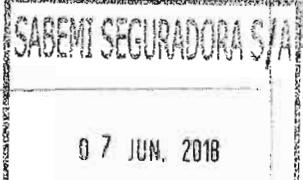
Anamnese do Enfermeiro  
Corpo estranho em olho esquerdo.

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

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

ENTRADE DE CORPO ESTRANHO "pedaço de ferro"  
EN OJO (L) HORA DE TANTO. QUSTA: SE D  
Exame Físico  
Dore + FESTE TURPA

Hipótese Diagnóstica



07 JUN. 2018

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

RECEBIDO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DIPIRONA 1g + tgc (L)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/03/18

Ass:

Polícia Militar V. de Melo  
Gabinete da Delegado de Polícia Federal  
Porto Velho/RO  
01/03/2018

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:
- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Visto

ábito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IMI Anatomia Patológica

UNIV PCS

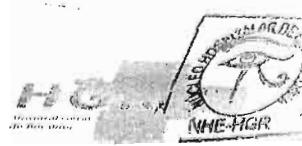
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



BRANCH

**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 <b>ISAIAS RIBEIRO DA SILVA</b>	Data Nascimento <b>17/10/1984</b>	Idade <b>33 A 2 M 23 D</b>	CNS	CPF <sup>07</sup> <b>77175867204</b>	Prontuário	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>223041</b>	Órgão Emissor <b>SSP / RR</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)SEM</b>	Raça/Cor <b>BOA VISTA - RR</b>	Naturalidade <b>BRASILEIRA</b>
Mãe <b>MARIA RIBEIRO DA SILVA</b>				Pai <b>INFORMAÇÃO</b>	Contato <b>NC</b>	Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>
Endereço <b>RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR</b>						
Class. de Risco <b>AMARELO</b>	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso
Selos <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>	Type de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>			Procedimento Sol.		Pressão <b>160 x 120</b>
Quexa Principal <b>CORPO ESTRANHO NO OLHO</b>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					Registrado por: <b>VINICIUS.CAVALCANTE</b>

Anamnese de Enfermagem <b>NEGA DM, HAS E ALERGIAS</b>	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5
	MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
 Louverte com frangua ouvir bate trinco.  
 Pelas lagrimas de ferro em olho esquerdo.  
 Botos visão turva.  
 Edema de palpebra, verme de bota.  
 Hipótese Diagnóstica de concreto, óbito (E),  
 Lento (óptico) (E), *Alergia*.

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 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	NOTA FISCAL
	1) Isgote óptico esquerdo		08 MAR 2018
	2) Dexometomidina 1mg (E) Suspensão		Carteira de vacina Regente
	3) Tiotol 40mg (E)		copia e assinatura
	4) Coptopril 50mg (E) (E)		carteira de vacina

Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Oftalmologista</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 09/01/2018 22:01:31
---	--

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: hevelin.enfermeira Data Hora: 09/01/2018 22:01:31	07 JUN. 2018
<b>RECEBIDO</b>	<i>Robin Rivero Villanueva</i> <i>OFTALMOLOGISTA</i> <i>fone: 917 102-1111</i>



AZUL

# GRANDE TRAUMA

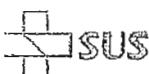
**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**



0.09:11

1800901284		30/01/2018 08:21:27		FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19 33		
Paciente <b>ISAIAS RIBEIRO DA SILVA</b>				Data Nascimento <b>17/10/1984</b>	Idade <b>33 A 3 M 13 D</b>	CNS	CPF <b>77175867204</b>	Prontuário <b>10291</b>			
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>223041</b>	Órgão Emissor <b>SSP/ RR</b>	Data Emissão <b>M</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)SEM</b>	Raça/Cor <b>NC</b>	Naturalidade <b>BOA VISTA - RR</b>	Contato	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>	
Mãe <b>MARIA RIBEIRO DA SILVA</b>				Pai	INFORMAÇÃO						
Endereço <b>RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR</b>											
Class. de Risco <b>AZUL</b>	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.			Procedência	Temp. <b>36.50</b>	Peso	Pressão <b>140 x 90</b>			
Setor <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>				Procedimento Sol.			Registrado por <b>PATRICIA.COLLYER</b>			
Queixa Principal <b>DOR NO OLHO E , PÓS TRAUMA , HÁ 23 DIAS</b>				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> (-) Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem <b>NEGA : DM , HAS ; TEM ALERGIA MEDICAMENTOSA A DIPIRONA</b>						GSC AO: 1234	glu RV: 123.45	TOTAL MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>09:52</u> h)											
<p><i>Travesti em amamentando pt interno pelo oftalmologista</i></p> <p><b>Exame Físico</b></p>											
<p><b>Hipótese Diagnóstica</b></p>											
<p><b>SADT - Exames Complementares</b></p> <p><input type="checkbox"/> RAIO-X    <input type="checkbox"/> ULTRA-SON    <input type="checkbox"/> TC    <input type="checkbox"/> SANGUE    <input type="checkbox"/> URINA</p> <p><b>PRESCRIÇÃO</b></p> <p><i>Autônoma visto pelo oftalmologista.</i></p> <p><i>Qpt</i></p> <p><i>Dr. Robin Ribeiro Villanue</i></p> <p><i>03 MAR 2018</i></p>											
<p><b>APRAZAMENTO</b></p> <p><i>OP/AM/10 Março 2018</i></p> <p><i>Até 30 dias</i></p> <p><i>Não tem CE</i></p> <p><i>Ja dei explicaçao</i></p> <p><i>cinco</i></p>											
<p><b>OBSERVAÇÃO</b></p> <p><i>OP/AM/10 Março 2018</i></p> <p><i>Até 30 dias</i></p> <p><i>Não tem CE</i></p> <p><i>Ja dei explicaçao</i></p> <p><i>cinco</i></p>											
<p><b>Conduta</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Pedido</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Revelia</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Cirurgia Plástica</i></p>											
<p><b>Óbito</b></p> <p>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família    <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</p>											
<p><b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b></p> <p><b>Carimbo e Assinatura do Médico</b></p> <p><i>Dr. Robin Ribeiro Villanue OFALMOLOGISTA CEMPPR-S17 ROC</i></p>											
<p>Impresso por: marcia.cristianne Data Hora: 30/01/2018 08:25:38</p> <p>07 JUN. 2018</p> <p><b>DESCRITO</b></p>											

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

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE —

5 - NOME DO PACIENTE

José W. Bento M. S. L.

6 - N° 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. P. Ribeiro M. S. L.

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Formelo 399, Bairro Silviano Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonfim

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

59110-000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

- Fissura perineal centro do ret. (GJMS)
- Sintol compressão positiva, CA neg

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

NP Motivação

SABEM SEGURO DIA

03 MAR 2010

RECEBIDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Bonfim (G)

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Acne aguda. Ac. cérava.

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23-010 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

- CONSULTA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

612181511241512916

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Flávia Nogueira Villas Boas

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/01/2010

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL (X) REGISTRO (X) CONSELHO

Dr. Robin Avelino  
OPTOMETRISTA  
REGISTRO 011 RQE

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - N° ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DE RECERTIFICAÇÃO / DT. DE CONSULTA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

040 5050305

BPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/01/17 O.S. ---

REF. 2017

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Acúmulo de cítria

SABEMI SEGURADORA S/A

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Sofar

07 JUN. 2018

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Acúmulo de cítria

RECEBIDO

CIRURGIÃO: Dr. Roger Alves

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Aspiração, Antes operação, Antibiótico Ofenecobam
- Cirurgia oftálmica
- Colocação de Bloco de óstio
- Afastar o humor aquoso
- Sutura do cítrio com nylon 10-0
- Pálpebras de PCR de silicone
- Colchão com gessos e fixação com fios de silício



DR. Robson Viana  
OFTALMOLOGISTA  
COMCRP-917 ROC-11



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL  
Anselmo Parizotto

## FICHA DE ANESTESIA

Ivanas Rebeco do Salvo

30/05/18

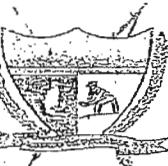
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Emergências

		15	30	45			15	30	45			15	30	45
A G E N T E S	N 20													
	02													
LÍQUIDOS VENOSOS	A V P	M S E	1 SF	500										
DA X	240													
ULSO O	32	220												
ANES X	36	200	100% / 100%											
OP O	34	180												
TEMP	32	160												
ASPIR. A	30	140	VVVVVVVVVV											
RESP		120												
		100												
		80												
		60												
		40												
		20												
	Exponl													
	Assist													
	Contro													
SÍMBOLOS			(*)	(x)										
A G E N T E S														
A Fentanil 80mg	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES											
B Midazolam 4mg		- Sedacão Venosa	x - monitorizações (ECG, SpO <sub>2</sub> , ECG, PA NT)											
C Glicose	LÍQUIDOS	- Ventilação expiratória CO <sub>2</sub> 100% 2L/min	3 - Sedacão de noz com agentes A e B											
D IDCC			2 - A SRPA											
E SANGUE														
F GLICOSE	LÍQUIDOS	Naso / Oto Faringeal Naso / Oro traqueal - Cega Bol - Tamp - Calibre do tubo Sob Máscara												
G DIFÍCIL		Dificuldade Técnica												
H TOTAL	500 ml		TEMPO DE ANESTESIA											
I OPERACAO	Enfarto - Espasmo - Excesso Secre Inhalatório Respiratório - Hiperventilação "Bucking" - Vômito													
J - Sutura do Corneo	Humorânia - Amígdala Brodi Taquicardia - Choque													
K ANESTESIA	PE 104 SANGUINEA													
L Dra Ana Paula Thomé	GARANTIA SEGURADORA S.A.													
M Médica Anestesiologista	07 JUN. 2018													
N CRM-RP 1408	RECEBIDO													

Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM-RP 1408



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FOLHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Jelane 38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Ivoneia Ribeiro da Silva	ICAR			30 / 01 / 2018

## CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Sutura de feridas	11:25		

## EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Robson	ANESTESISTA:	Dr. Anna Paula
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Dr. Gilvane
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueu Peribulbar

## TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALO
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN°	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 30.0	
	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 SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML				
	SERINGA20ML		1		
1	Gletrodes				
	Cateteros				
<input checked="" type="checkbox"/>					

## MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
		MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL	TAXA DE SALA	
	Dilene Suelen			TAXA DE ANESTESIA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				SOMA
	Orcivaldo Rafaelles				

DESENHE E ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

RECEBIDO

07 JUN. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NAME: David Ribeiro dos SIlvas



115

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ISSUE

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:**

Paciente José Ribeiro dos S. S. S. Anestesista D. Ana Paula  
é identificável Cirurgião S. D. P. S. P. D. M.  
Identificado  
Sítio Cirúrgico

**PACIENTE CONFIRMOU:**

Procedimento  
Consenso:  Sim  Não

**RISCO CIRÚRGICO:**

Aplica  Se aplica Emergência

**TIPO DEMARcADO:**

Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDO:**

**EXAMENTo DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO:**

**PACIENTE POSSUI:**

**ALERGIA CONPECIDA:**

Sim, Qual: \_\_\_\_\_

**VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO:**

Sim, e equipamento/assistência dispositivos

**RISCO DE TERRA SANGUÍNEA > 500 ml:**

Sim, e acesso endovenoso já aberto e planejamento para fluidos  se separem ou parceria  Aplicar N/A

**ANTES DA INCISÃO:**

Simone (Salabos Operatória)

**CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:**

Sim  Não  
Identificação do paciente  
Sítio cirúrgico  
Procedimento

**CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:**

Sim  Não  
Identificação do paciente  
Sítio cirúrgico  
Procedimento

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES:**

**SEMPRE (Salabos 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 INSTRUMENTOS 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 CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE**

Sim  Não  Não se Aplica

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 50 MINUTOS.**

Sim, Qual: Clavulina Hora: 11:00

Não se aplica

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:**

Sim  Não se aplica

07 JUN. 2018

**RECEBIDO**

*Suellen da S. Ramos*  
Enfermeira  
COREN-RR-348-935 - ENF

Assinatura e Carimbo

Data 20/01/18 Assinatura Hora: 11:00



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PREScrição da Rua



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Evolução Interdisciplinar

TA  
RA

Evolução

Relatório - Paciente suspeito de constipação em seu exame

Dr. Robin Rivero Villena  
OPTOMOLÓGISTA  
CRM/RN 917 ROE-11

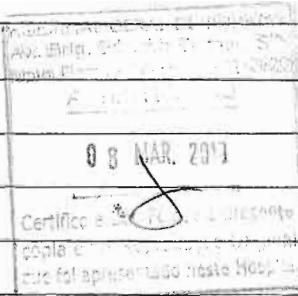
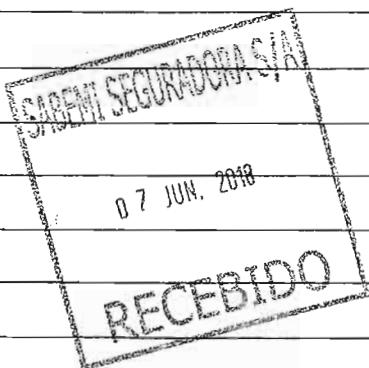
(6:30) - Acabou seu exame

Re: Acabou, CR 0001, Saida se Dr. Seu exame

C. M. da República

Motivo a Doidade

Dr. Robin Rivero Villena  
OPTOMOLÓGISTA  
CRM/RN 917 ROE-11



ASSINATURA:



JNSS  
DPMT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## Receituário

NOME: JSPINS Alvaro da Silva

Socode

- Antônio Oliveira

CASEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

JSPINS, ASCOM da Secretaria de Saúde

, 26/02/2018

09:00

Dr Robin

DATA: 02/05/2018

Dr. Robin Rivero Villanueva  
OFTALMOLOGISTA  
CRMRR-947 ROE-11

ASSINATURA E CARIMBO





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

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

Ectoscopia: SEM ALTERAÇÕES EM AMBOS OLHOS

Motricidade ocular extrinseca: PRESERVADA EM AMBOS OLHOS

RECEBIDO

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  
oftalmologista  
CRMRR-917 RGE-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"



Governo do Estado de Roraima

### RECEITUÁRIO

NOME: ISAIAS RIBEIRO DA SILVA

HPC / PAFR

Paciente vítima de bala de dardo

de arma branca ( ) "HORTE"

"PARTE" queixa-se de dor e

espasas, vista turva.

EF: Nota-se lesão cutânea com

coração, infarto persistente,

↓ A visão é vista.

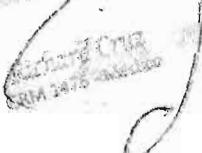


RECEBIDO

OBS: HPCs S/ ANAMSE S/ FRAUDES.  
LNU

Co.: SOLICITADA AVAIAÇÃO S/ CONCEITO

Bravo

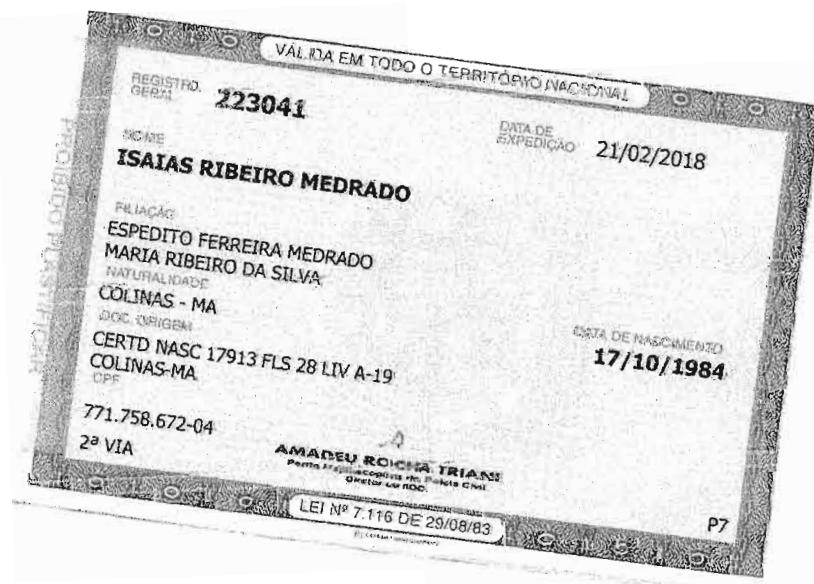


ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18



JAZIM SECURADORA S/A  
07 JUN. 2018  
RECEBIDO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **181863**

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2017

NOME **GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ**

FILIAÇÃO

JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS  
MARIA NASCIMENTO SANTOS

MIGRAÇÃO

VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO **03/05/1981**

DOC. NO. 034  
CERTD CAS 6373 FLS 73 LIV B-22  
2 OF BOA VISTA - RR

CPF  
690.216.512-20

2<sup>a</sup> VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Forense-Copieiro da Polícia Civil  
Diretor do ROC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

**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 PERFURANTE 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. PERCIANDO 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) Nexo 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

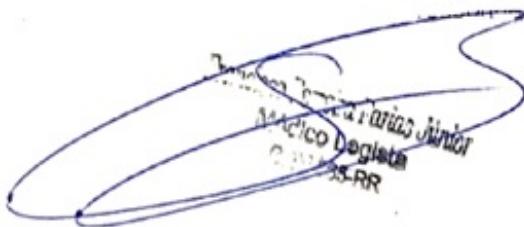
**Região Corporal (Sequela):**

% 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 PERFORANTE 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:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262359  
Vítima: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

Cidade: Boa Vista  
Data do acidente: 09/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

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

**Descrição do exame** APRESENTA CICATRIZ LINEAR EM CÓRNEA DO OLHO ESQUERDO COM DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA.  
**médico pericial:** 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, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OLHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

**Médico examinador:** FRANCISCO FERREIRA DE FARIA 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
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## 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: ISAÍS RIBEIRO MEDRADO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: MOTORISTA  
Nº DO RG: 2230411 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 21.02.2018  
Nº CPF: 771.758.672-09  
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: ABRAÃO 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.

Isaías Ribeiro Medrado  
Assinatura



## Obs – Reconhecimento por autenticidade.

