

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:
2357034320190531111642

Processo 0803302-94.2019.8.23.0010 - (115 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos: <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					
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 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					
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					

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

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
30	31/05/2019 11:16:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2566065ELABORAR 30.1 Arquivo: Petição FILHOJOAO ALVES BARBOSA MANIFESTACAO SOBRE Público FILHO, DOCS01.PDF	
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2566065ELABORAR 30.2 Arquivo: DOCS FILHOJOAO ALVES BARBOSA MANIFESTACAO SOBRE Público FILHO, DOCSAnexo01.PDF	
29	24/05/2019 14:52:04	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (09/05/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2566065JUNTADADEHONORARIOSPERICIAISJUR01.PDF 29.1 Arquivo: Petição FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA 2566065JUNTADADEHONORARIOSPERICIAISJURAnexo01.PDF 29.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	Público
28	21/05/2019 14:19:09	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/05/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 23) JUNTADA DE CERTIDÃO (09/05/2019) e ao evento de expedição seq. 27.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
27	21/05/2019 11:03:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (09/05/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário
26	17/05/2019 00:12:43	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A)	SISTEMA CNJ



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

Processo: 08033029420198230010

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

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

A parte Autora tenta levar a erro o atento Juiz *a quo*, pois, percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outro sinistro ocorrido em 19/09/2003, tendo recebido da Seguradora, valor de R\$ 14.800,09 (quatorze mil, oitocentos reais e nove centavos). Cabe ressaltar que além do acordo realizado a parte autora já havia recebido o valor de **R\$ 1.415,35 (mil quatrocentos e quinze reais e trinta e cinco centavos)** referente a regulação administrativa de nº. 2005039077 que se refere ao pagamento de verba indenizatória seguro DPVAT, o que totaliza o valor de **R\$ 16.242,09 (dezesseis mil, duzentos e quarenta e dois reais e nove centavos)**, ou seja, **o autor já recebeu valor superior ao teto indenizável por invalidez.**

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Assim, o Autor deliberadamente tenta beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado a parte autora em relação aos sinistros noticiado nos autos, se assim fizéssemos pagaríamos 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, POR EXEMPLO, sob pena de incorrer em pagamento bis in idem, como corrobora os processos administrativos que foram aqui mencionados.

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório já ter ultrapassado teto indenizatório, correspondente ao valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Dessa forma, diante das informações e documentos os quais ora se requer a juntada, a demanda deverá ser julgada improcedente, uma vez que a pretensão não encontra amparo legal.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 14 de maio de 2019.

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

=====
* Megadata Computacoes D.P.V.A.T. 22/03/2005 09:23:43 *
*

* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Vias Terrestres *

* DPV015T RDD1 / DPV016P *

=====

***** CONSULTA POR NUNERO DO SINISTRO *****

NUMERO SINISTRO - 2005 / 039077 / 01

SEGURADORA - 5444 - BRADESCO SEGUROS S/A

NOME SINISTRADO - VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA

DT. NASCIMENTO - 15 / 10 / 1965 DT. RATEIO - 00 / 00 / 0000

DT. SINISTRO - 19 / 09 / 2003 DT. ATUALIZ.- 22 / 03 / 2005

NATUREZA - 2 SUB-JUDICE -

REGULACAO - 0

NOME RECEBEDOR -

=====

ENTER = CONTINUAR PF03 = FIM PF07 = VOLTA MENU

4A_ - 20 L=01 C=01



2005039077

Data Acidente: 19/09/2003

Perícia em Consultório

Vítima: VADEMAR ELIZIARIO DA SILVA

Cidade: BOA VISTA-RR

Seguradora: BRADESCO SEGUROS S/A./DELPHOS - 5444/01

Ocorrência: INVALIDEZ PARCIAL - 2

Cidade: BOA VISTA-RR

Requerente/Beneficiário: VADEMAR ELIZIARIO DA SILVA

Qualificação:

Procurador: N/C

Procuração:

Cidade: -

Médico Assistente: CESAR AUGUSTO

CRM:

Médico Avaliador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM: 589/RR

Resultado da Auditoria

1 - Avaliação Médica

APRESENTA PERDA MÉDIA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

2 - Conclusão da Auditoria

INVALIDEZ REDUZIDA.

Membros	Pleiteado(%)	Avaliado(%)
- PERDA DO USO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	(100,00 de 070,00)	(000,00 de 070,00)
- ANQUILOSE DO JOELHO ESQUERDO	(000,00 de 020,00)	(070,00 de 020,00)

TOTAL PLEITEADO: 70,00% - R\$ 7.210,00

TOTAL AVALIADO : 14,00% - R\$ 1.442,00

Observação

DR. VICENTE SALEK
GERENTE ÁREA MÉDICA

Atendimento Telefônico DPVAT:

De segunda à sexta-feira: das 8h às 20h

Telefone: (21) 2503-5623

Consulta via Internet: www.dpvat.com.br**RIO DE JANEIRO, 07 de Julho de 2005.****SBD/DPV/097811/2005**

À

**VALDEMAR ELISARIO DA SILVA
RUA RIO AMAJARI, 497 - ARACELIS SOUTO
BOA VISTA RR
CEP: 69305490**

TEL./FAX: (0) 0**SEGURO D.P.V.A.T.**

Prezado(s) Senhor(es),

Informamos abaixo os valores indenizados para o(s) sinistro(s) da(s) vítima(s) relacionada(s) e esclarecemos que os mesmos foram regulados de acordo com o Relatório de Auditoria - Invalidez do Cadastro Nacional, conforme determinação do Convênio DPVAT - FENASEG, cujo o cálculo da indenização passamos a expor.

	PLEITEADO(%)	AVALIADO(%)
PERDA DO USO DO MIMBRO INFERIOR ESQUERDO	100 DE 70	00 DE 70
ANQUILOSE DO JOELHO ESQUERDO	00 DE 20	70 DE 20

APRESENTA PERDA MÉDIA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

TOTAL PLEITEADO 70% - R\$ 7.200,00

TOTAL AVALIADO 14% - R\$ 1.442,00

Nº Sinistro	Nº Pasta	Nome da Vítima
2005039077	2005039077	VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA

Cordialmente

Analista de Seguros



0978112005

06 | 7

A

DELPHOS SERVIÇOS TÉCNICOS S/A
Srº. ANALISTA

EU, **VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA** de RG:235.845SSP/RR e CPF: **269846103-97**, Brasileiro casado residente na RUA: RIO AMAJARI Nº 497, BAIRRO: ARACELIS SOUTO MAIOR, nesta cidade de Boa Vista Roraima, venho por meio desta com poucas e breves palavras pedir uma re analise do processo de Nº 2005039077, recebido e analisado por esta reguladora de seguro obrigatório, peso sua atenção neste caso que certamente será revisto e analisado corretamente.

Atenciosamente

Valdemar Eliziario da Silva
VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA



12030000

00
DELPHOS

AVISO DE SINISTRO DPVAT - ASD

A. IDENTIFICAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> PROCESSO NOVO	<input type="checkbox"/> DOCS. COMPLEMENTARES	DATA RECLAMAÇÃO 01/03/2005		Nº SINISTRO
UNIDADE DA SEGURADORA	CÓD. SEGURADORA	SUCRAL RESPONSÁVEL	CENTRO RESULTADO	
TIPO DE SINISTRO <input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA		
NOME DA VÍTIMA VALDEMAR ELIZIÁRIO DA SILVA		CIC/CPF DA VÍTIMA 269.846.103-97		

B. DADOS DO REQUERENTE

NOME VALDEMAR ELIZIÁRIO DA SILVA	TIPO <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> PROCURADOR <input type="checkbox"/> OUTRO			DDD - TELEFONE P/CONTATO (95) 627-5869
ENDEREÇO COMPLETO PARA CORRESPONDÊNCIA (Av., Rua, Pça., etc.) RUA: RIO AMATARI				Nº COMPL. 497
BAIRRO OU DISTRITO ARACELIS SOUTO MAIOR		CEP 69.300-250	MUNICÍPIO BOA VISTA	UF RR

C. DOCUMENTAÇÃO (Cópias Autenticadas)

DOCUMENTOS BÁSICOS		DOCUMENTO ENTREGUE SIM (S) / NÃO (N)	DOCUMENTO ENTREGUE SIM (S) / NÃO (N)
Aviso de Sinistro (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>	CPF da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/>
DUT ou Bilhete de Seguro - No caso de acidentes envolvendo ônibus	<input type="checkbox"/>	Doc. de Identidade ou Certidão de Nasc. ou CTPS ou Carteira de Registro do Beneficiário	<input checked="" type="checkbox"/>
Certidão da Situação de Inquérito Policial (Veículo não Identificado)	<input type="checkbox"/>	CPF do Beneficiário ou no caso de menor(es) de seu(s) representante(s) legal(is)	<input type="checkbox"/>
Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/>	Procuração original e específica para o recebimento do Seguro DPVAT (pessoa não alfabetizada, por instrumento Público)	<input type="checkbox"/>
Doc. de Identidade ou Certidão de Nasc. ou CTPS ou Carteira de Registro da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/>	Comprovante de Residência do Requerente	<input checked="" type="checkbox"/>

MORTE

DOCUMENTO ENTREGUE SIM (S) / NÃO (N)	
Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/>
Laudo de Exame Cadavérico	<input type="checkbox"/>
Comprovação de Beneficiários	<input type="checkbox"/>
Esposa	<input type="checkbox"/>
Certidão de Casamento atualizada	<input type="checkbox"/>
Companheiro(a) com filho(s)	<input type="checkbox"/>
Declaração de Concubinato	<input type="checkbox"/>
Certidão de Nascimento dos Filhos	<input type="checkbox"/>
Companheiro(a) sem filho(s)	<input type="checkbox"/>
Declaração de Concubinato	<input type="checkbox"/>
Ehlos(as)	<input type="checkbox"/>
Certidão de Nasc. ou Casamento	<input type="checkbox"/>
Declaração de Únicos Herdeiros	<input type="checkbox"/>
Irmãos(as)	<input type="checkbox"/>
Declaração de Únicos Herdeiros	<input type="checkbox"/>
Certidão de Nascimento	<input type="checkbox"/>
Certidão de Óbito dos Genitores	<input type="checkbox"/>
Alvará Judicial	<input type="checkbox"/>

INVALIDEZ PERMANENTE

DOCUMENTO ENTREGUE SIM (S) / NÃO (N)	
Declaracão do 1º Atendimento Hospitalar (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Questionário de Avaliação de Invalidez Permanente (todos os campos preenchidos)	<input checked="" type="checkbox"/>

OUTROS DOCUMENTOS ENTREGUES:

D.A.M.S.

DOCUMENTO ENTREGUE SIM (S) / NÃO (N)	
Declaração do 1º Atendimento Hospitalar (Original)	<input type="checkbox"/>
Relatório Médico (Original)	<input type="checkbox"/>
Comprovantes das despesas médico-hospitalares (Originais e Quitados)	<input type="checkbox"/>
Notas Fiscais de farmácias acompanhadas das respectivas receitas (Originais e Quitadas)	<input type="checkbox"/>
Termo de Anuênciia, em caso de despesas pagas por Terceiros	<input type="checkbox"/>
Comprovação de Beneficiários	<input type="checkbox"/>
CPF e Identidade do responsável pelas despesas	<input type="checkbox"/>

Declaro estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidacão do sinistro.

DATA 01/03/2005

REQUERENTE Valdemar Elizíario da S

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

DATA DO RECEBIMENTO

NOTA: Há no verso modelos de declarações, que devem ser emitidos de acordo com o(s) tipo(s) de sinistro(s) avisado(s).

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO – CREDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

N. do Sinistro: _____

Eu, VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA portador (a) do

RG No. 235.845 expedido por SSP/RR em (data) 18/01/2001 e

CPF 269846103-97 /CNPJ [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] na

qualidade de favorecido(a) beneficiário do valor referente a indenização/reembolso do SEGURO

OBRIGATORIO DPVAT da vítima VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA

a efetuar o respectivo

pagamento/credito, de acordo com a forma abaixo indicada:

- 1. CREDITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRASIL S/A**

N. do Banco 001

N. da Agencia

C16

1

1

2. CREDITO EM CONTA CORRENTE DE OUTRO BANCO (DOC)

N. do Banco:

N. da Agência

15

1

10

- PAGAMENTO CONTRA RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A

* O Campo/Espaço destinado ao dígito verificador do Nº da Agência, somente deverá ser preenchido quando o mesmo existir. Caso contrário, o Campo/Espaço deverá permanecer em branco.

** Quanto ao Campo/Espaço destinado ao dígito Verificador do N.º da C/C, sempre que o nº da C/C exigir um único dígito verificador, apenas o primeiro Campo/Espaço deverá ser preenchido, permanecendo o segundo em branco.

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento/credito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Local e data: BOA VISTA - RR, 01 DE MARÇO DE 2005

Vallena Eliseuário da Silva
Assinatura do favorecido (a) beneficiário (a)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DA CAPITAL
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 1.856/03

Boa Vista-RR, 24 de outubro de 2003

Senhor (a) Senhor (a),

Nome: Valdemar Eliziário da Silva C.I. n° 235.845/SSP-RR

Data de Nasc.: 15 / 10 /65 Telefone: 626 8596

Resid.: R.C-36 nº 941 bairro: Dr. Silvio Leite

Vem a presença de V. S. para INFORMAR que às 23:00 horas do dia 19 /09 /03, no Bairro: Jd. Primavera

Ocorreu o seguinte fato:

Que é portador do Renach 031415534/RR, em hora e data já descrita, conduzia o Veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, cor AZUL, ano 1998/99, placa NAH 7427, chassi 9C2JC250XWR038545, trafegava pela R. Flamboyan, sentido Centro-Bairro, quando repentinamente foi abalroado na Lateral Esquerda por um Veículo GM/KADETT, cor CINZA, placa NAI 9260 (Aluguel-Táxi Lotação), conduzido pelo Sr. JOSE JOÃO DE OLIVEIRA, que trafegava em sentido oposto ao comunicante, que sofreu lesões, sendo conduzido ao PS pelo Resgate Rua e sua Motocicleta tendo avárias no Guidom, Retrávisor, Pisca, outros menores. Na ocasião sua Motocicleta foi removida ao Pátio do Detran. Diante do exposto, registra este B.O para requerer o Termo de Restituição e Seguro Pessoal. É o que tem a declarar.

AUTENTICAÇÃO

Esta cópia é o original, falso e autentica
do original.

Boa Vista-RR

Edisa Kelly Maria de Mendonça
Edisa Kelly Maria de Mendonça
Escrivã de Polícia Civil

NATUREZA: Colisão c/Lesão Corporal

Antonio E.P. de Souza
Antonio E.P. de Souza
Escrivão Plantonista

Valdemar Eliziário da Silva
Valdemar E.da Silva
Comunicante

DESPACHO	DESPACHO	DESPACHO
Em: _____ / _____ / _____	Em: _____ / _____ / _____	Em: _____ / _____ / _____
<i>JL</i> LEANDRA PEREIRA Delegada de Polícia		

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 233-545 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2001

NOME VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA

ENDEREÇO

ELIZARIO ANTONIO DA SILVA / TEREZINHA MARIA DE JESUS

NATURALIDADE

CEARÁ - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/10/1965

DOC. ORIGEM

CELE 003912 F-0106 L-0023 ITAITUBA-PA

CPF 269846107-97

Paulo Fernandes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR Substituto do Inst. de

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
C.N.P.J.: 05 939.467/0001-15
FONE GERAL 623-2124
Rua Melvin Jones, 219
CAER

VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA
R RIO AMAJARI 497
BOA VISTA

RECLAMAÇÕES E INFORMAÇÕES
0800 280 9520

LOC. DO IMÓVEL: 01.19.655.230.00	ROTA: 23.3549	MÊS/ANO : 07/2004	
CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO 10	1º VENCIMENTO : 05/08/2004
			INSCRIÇÃO : 077140.6

DESCRÍÇÃO	VALORES (R\$)
TARIFA DE AGUA	6,33
JUROS POR ATRASO DA CONTA DO MES	0,13

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ
EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.
CONSTA DEBITO VENCIDO, SUJEITO A CORTE

TOTAL A PAGAR 6,46

ENTREGAR EM, R C 36 N 941

PARA PAGAMENTO DESTA CONTA, ESCOLHA UMA DAS DATAS DE VENCIMENTO ABAIXO (LEI N. 9.791):
05/08/2004 - 06/08/2004 - 09/08/2004 - 10/08/2004 - 12/08/2004 - 13/08/2004

21 DE AGOSTO E DIA DE FESTA! 15 ANOS SEM POLIO LEVE SEU
FILHO AO POSTO DE VACINAÇÃO E NAO ESQUECA O CARTAO.

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PIADELONATO DE BOA VISTA - RR
AUTENTICAÇÃO - A presente cópia
é reprodução fiel do documento que
me foi apresentado, de fato.

Boa Vista
RR,
10 FEB. 2003

ENTESO _____ da verdade.
Wagner Mendes Coelho - SUBST.
José Coelho de Souza Neto - SUBST.

DATA DE ENTRADA				NÚMERO DE REGISTRO
MÊS	ANO	HORA		
19	09	03:23:29		249

37 anos

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME Valdemar Elizário da Silva RUA / AVENIDA C-36 BAIRRO Silviano Braga MUNICÍPIO Brumadinho ESTADO PE PAI _____ MÃE _____	
IDADE _____ SEXO _____	
Nº 943 COMPLEMENTO _____	
TELEFONE _____	
FILIAÇÃO _____	

02 DO ACIDENTE				
RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/>	VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/>	TRABALHO <input type="checkbox"/>	TRÂNSITO <input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS <input checked="" type="checkbox"/>

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA		
TRANSPORTADO <input checked="" type="checkbox"/>	DE AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/>	REMOVIDO <input type="checkbox"/>

04 TIPO DE ACIDENTE				
TRAUMÁTICO <input type="checkbox"/>	QUEIMADURA <input type="checkbox"/>	ENVENENAMENTO <input type="checkbox"/>	CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/>	OUTROS (DESCREVER) _____

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR	
PROFISSÃO _____	DIA _____ MÊS _____ ANO _____ HORA _____ OBSERVAÇÕES Confere c/ Original

06 DOENÇA OCUPACIONAL	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR) Maria Galdina Gouveia Cavalcante Coordenadora SAME/HRSB

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA	
ESPECIALIDADE	

RESUMO CLÍNICO	Victima de acidente de moto
----------------	------------------------------------

EXAME FÍSICO	apresenta fratura exposta membra
--------------	---

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)	
---	--

Rx mm II. E	
--------------------	--

PAREcer DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)	
---	--

Ortopedia	
------------------	--

DIAGNÓSTICO	
-------------	--

PROVÁVEL	DEFINITIVO
----------	------------

Fractura membra (E)	fratura exposta membro (E)
----------------------------	-----------------------------------

08 DESTINO DO PACIENTE	
------------------------	--

REMOVIDO PARA	
---------------	--

INTERNADO NO(A)	
-----------------	--

ALTA <input type="checkbox"/>	RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO <input type="checkbox"/>	SE; AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--	---

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
------	--	--------------------------------

Dr. Miguel
Ortopedista
Ortopedista

Maria Galdina Gouveia Cavalcante

Medico

CRM - 11111

****LAUDO DE EXAME COMPLEMENTAR****

LAUDO Nº: 4.859/2.004 – IML.

DESTINO: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/RR

Aos Oito (08) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e quatro (2004) na cidade de Boa Vista-RR, a fim de atender a requisição do Delegado Glauber Carneiro Lorenzini, os infra-assinados médicos legistas César Augusto de Souza Dias e William Jorge Fernandes Neves, que foram designados para proceder exame complementar em:

Nome: VALDEMAR ELISÁRIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Caxias/ MA

Sexo: Masculino

Cor: Negro

Idade: 39 Anos

Estado Civil: Solteiro

Profissão: Funcionário Público

Telefone: 9962 - 0116

Endereço: Rua: C-36, Nº 941

Bairro: Doutor Silvio Botelho

Filiação: Alízario Antonio Silva e Terezinha Maria Jesus

Documento de Identificação: RG nº 235.845

Expedido por: SSP/ RR

Pertence a: VALDEMAR ELISÁRIO DA SILVA

A responder aos quesitos seguintes:

PRIMEIRO: Da lesão sofrida, resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias?

SEGUNDO: Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, e em que consiste?

TERCEIRO: Qual o estado de saúde atual do ofendido?

QUARTO: Qual o tempo necessário para o seu restabelecimento?



HISTÓRICO:

Tendo em vista os termos do laudo anterior nº 5.064/03 – IML, voltou nesta data para exame complementar.

ass



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
DR. JOSÉ BENIGNO DE OLIVEIRA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Fls. 01

**LAUDO N°: 4.859/ 2.004 – IML.
NOME: VALDEMAR ELISÁRIO DA SILVA**

DESCRIÇÃO:

Periciando com reavaliação pericial, vítima de acidente de trânsito em 19 de Setembro de 2003 às 23 horas, com traumatismo contundente no membro inferior esquerdo, com fratura de joelho esquerdo.

DISCUSSÃO:

Feito tratamento cirúrgico “cicatriz”; mantém a dificuldade de efetuar os movimentos normais de flexão, extensão e lateralização do membro inferior esquerdo.

CONCLUSÃO:

- Seqüela pós-traumatismo por acidente de trânsito em membro inferior esquerdo.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1º) Sim, lesão grave.
 - 2º) Deformidades do membro inferior esquerdo.
 - 3º) Seqüela pós-acidente de trânsito.
 - 4º) lesão irrecuperável.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
CONFORME O ORIGINAL
Boa Vista, 09/02/05
Claude Figueira de Vasconcelos
Diretor do IML

Boa Vista-RR, 08 de Outubro de 2004, às 12 horas e 40 minutos.

Bela Vista Ltd, 69 de Outubro

William R. Clegg, Jr., M.D.
Wright Medical Technology, Inc.

Ass